

OS MODELOS CULTURAIS DE ENFERMERÍA: UNHA ALTERNATIVA Á XESTIÓN TRADICIONAL DA PROFESIÓN

ISIDORO RODRÍGUEZ PÉREZ

Asdo.

Programa de Doutoramento en Estudos
Culturais: Memoria, Identidade,
Territorio e Linguaxe.

Facultade de Humanidades
LUGO 2017



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTADE DE HUMANIDADES

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN ESTUDOS CULTURAIS: MEMORIA, IDENTIDADE,
TERRITORIO E LINGUAXE

**Os modelos culturais de Enfermería: unha alternativa á xestión
tradicional da profesión**

TESE DE DOUTORAMENTO PRESENTADA POR D. ISIDORO RODRÍGUEZ PÉREZ

DIRIXIDA POLO DOUTOR D. MARCIAL GONDAR PORTASANY

TITORIZADA POLA PROFESORA DOUTORA D^a ELENA FREIRE PAZ

*Autorizan a presentación da tese indicada, considerando que reúne os
requisitos esixidos no artigo 34 do regulamento de Estudos de Doutoramento, e
que non incorre nas causas de abstención establecidas na lei 40/2015.*

En Lugo a 31 de marzo de 2017

Vº e Prace.: O director

Marcial Gondar Portasany

Conforme: A titora

Elena Freire Paz

Asdo.: O doutorando

Isidoro Rodríguez Pérez





Alfarero (Reflexiones para vivir, 2013)

Ao atravesar Coidado un río, viu un arxiloso barro, e colléndoo meditabunda comezouno a modelar. Mentres pensa no que fixera, Xúpiter preséntase. Pídelle Cura que lle dea espírito e consígueo. Como Coidado quere darlle o seu propio nome, négase Xúpiter e esixe se lle poña o seu. Mentres eles discuten, intervén tamén a Terra pedindo que o seu nome sexa dado a quen ela o corpo dera. Tomaron por xuíz a Saturno, e este, equitativo, xulga: “Ti, Xúpiter, porque o espírito lle deches, na morte o espírito recibirás e ti, Terra, pois lle deches o corpo, o corpo recibirás, retéñao Coidado mentres viva, porque foi a primeira en moldealo. E no que respecta a disputa entre vosoutros polo nome, chámeselle home, xa que do humus foi feito”. (Cayo Xulio Hixinio 64 a.C.-14 d.C.)





Aos meus pais, porque sempre tiveron fe en min ...

... ao meu fillo Josué, porque eu teño fe nel.



Agradecementos



Fonte da imaxe (Biografías y vidas, 2015)

O agradecemento é a memoria do corazón
(Lao Tse S. V-VI a.C)



Moitas son as persoas ás que teño que agradecer a axuda prestada para que esta etapa de formación se vexa culminada aquí. Aos familiares e amigos que abandonei e aguantaron con paciencia as miñas teimas. Aos presentes e aos ausentes por que a vida non se detén por unha investigación académica, aínda que os que estamos nesta lea así o creamos.

Aos profesores da universidade, aos profesores da vida: informantes, usuarios dos servizos de enfermaría, alumnos ... cada un deles puxo o seu grao de area para que este continuo traballo de aprendizaxe fose como é e non doutro xeito.

Vou citar aquí tan só algúns dos que se viron directamente arrastrados por esta tormenta, aínda que os efectos da tempestade afectou a todos/as e a todo o que está á miña beira, estean ou non os seus nomes explícitos aquí eu estoulles agradecidos pola súa achega.

En primeiro lugar aos informantes tanto usuarios, como sanitarios, por agasallarnos co seu tempo, as súas conversas ou o seu bo facer. Sen os seus comentarios e actuacións este traballo sería imposible de realizar.

Á culpable de que empezase con esta investigación, María Jesús Regueiro Burgo, compañeira de estudos tanto na Escola de Enfermaría como na Facultade de Humanidades. “Amiga da vida” da que levo moitos anos aprendendo ... incluso o que non se debe facer.

Aos profesores da Facultade de Humanidades de Lugo, estou seguro de que eles non son conscientes do que influíron nos coidados de enfermaría que presto hoxe no meu posto de traballo; hai un antes e un despois, se é para ben débeselles a eles, de non ser así é porque eu non sei aplicar tanto como aprendín e aprendo coas súas ensinanzas.

Ana Goy Diz profesora e amiga, por estar aí sempre disposta a axudar academicamente no que eu precisase, fose a hora que fose e sen recibir nada a cambio. Persoas así son as que fan seguir confiando nos nosos semellantes, aínda que en moitas cousas non pensemos igual, existen valores que están por riba dos pensamentos, os feitos demóstrano.

O meu amigo e profesor de Socioloxía da Cultura, Bernardo García Cendán, in memoriam, polos faladoiros e xantares compartidos na “Casa Rivas”, foron intensos e entre outras cousas del aprendín que a cultura non é cousa dunhas teorías, é unha práctica. Ogallá! estea practicando e estudando a cultura no paraíso no que sempre creu.

A miña titora no programa de doutoramento Elena Freire Paz , que non se limitou a ser unha figura administrativa, o seu interese foi máis alá considerándome un máis dos seus alumnos, aportando os consellos oportunos para cada momento.

Mercedes Griselda Castro Bal por axudarme a colocar a cabeza enriba dos ombreiros e a vez animarme a seguir voando, se a cabeza non está no seu sitio o desequilibrio fai que a viaxe sexa imposible.

José Manuel Carballo, a súa presenza e forza de Ferreiro sentina continuamente, sempre presto a colaborar, ocultando a súa carga e pondo o interese dos outros (neste caso os meus) por diante dos del.

Carmen Pérez Arias, enfermeira e compañeira de viaxe no camiño (unhas veces diante e outras detrás) sempre de garda, as vinte e catro horas, compartindo alegrías, facendo de pano de bágoas e mesmo lendo e dando a súa opinión sobre os textos, aínda que o momento da vida non sexa moi propicio e a súa cabeza ande en exercer os coidados dentro da súa casa. Sempre dispuxo de tempo para revisar os textos e por o seu gran.

Azucena Pérez Souto, polo seu tempo, a súa paciencia e conciencia cando se revisaron as imaxes, gráficos e cadros, fixo que o traballo que eu cría imposible fose coma un xogo da súa nena Naia.

Ana Redondo e Diego Fernández Bustillo, profesionais da enfermaría, por ser o caxato ao que me arrimeí cando as forzas fraquearon, eles axudáronme a manterme en pe.

Ás miñas incondicionais e sempre presentes: Lourdes Bermello López e a súa xemelga Elena Cabana Gil, por ofrecerme o que elas teñen, iso é moito máis do que un pode esperar.

M^a Teresa González Regueiro, foi Xefa de Enfermeiras do Ambulatorio do Seguro Obrigatorio de Enfermidade dependente do Instituto Nacional de Previsión nas décadas dos sesenta e setenta. A mediados dos oitenta, tiveron a sorte de traballar con ela como compañeira, transmitíndome a súa ledicia polo traballo poucos anos antes da súa xubilación. E foi agora con 90 anos cumpridos cando me ofreceu información dos seus anos como xestora e máis imaxes que gardaba da época; o seu humor segue sendo o mesmo e eu agradézolle o que deixa feito pola profesión e a amabilidade e paciencia que sempre tivo coa miña persoa.

A Doris Paz e Jorge Dafonte, polos seus pulos a pesares do abandono no que os tiveron durante este tempo. A familia é para iso?

A “María Castaña”, escola de vida, polo moito que aprendín con ela. Ademais de saber moito por idade, ten aínda moitos coñecementos agachados, para amosar a

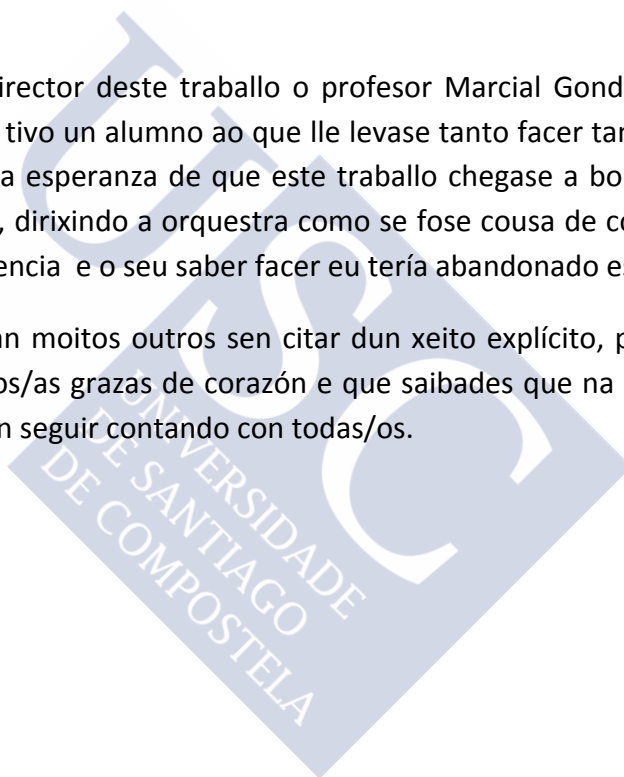
quen a escoite. Durante esta longa xestación viuse privada dos meus coidados e atencións, chegando moitos a crer que finara. Poderei volver agora con ela a exercer de enfermeiro da cultura con máis coñecementos, ganas e forza.

As compañeiras/os de traballo, tanto asistencial como docente porque teñen máis ganas que eu mesmo, de que este traballo remate e que comece outra lea. Todas/os contribuíron a que esta experiencia se puidese facer realidade en especial Carmen López Lacueva, quen máis alá se ser compañeira, converteuse na miña defensora como estudante.

Ao meu fillo, quen para non estar “orfo” tivo que axudar, sufrir e estar presente en boa parte do proceso e incluso ler algúns textos, sendo hoxe con dezaseis anos coñecedor das teorías da enfermaría e de “ ... *esa señora que se chama Florence Nighthigale*”.

E como non ao director deste traballo o profesor Marcial Gondar Portasany, quen estou seguro nunca tivo un alumno ao que lle levase tanto facer tan pouco, pero que sempre me amosou a esperanza de que este traballo chegase a bo porto, o que me transmitiu sen presas, dirixindo a orquestra como se fose cousa de coser e cantar. Se non fose pola súa paciencia e o seu saber facer eu tería abandonado esta empresa.

Sei que me quedan moitos outros sen citar dun xeito explícito, pero o listado sería interminable, a todos/as grazas de corazón e que saibades que na nova andaina que comeza “ameazo” con seguir contando con todas/os.





Resumo

Este traballo pretende analizar onde se sitúa a profesión enfermeira que se encontra inserida dentro dun sistema dominado polo modelo biomédico e no que os cuidados consisten na aplicación de técnicas aprendidas.

O obxectivo planeado consiste en explicar a actividade profesional enfermeira no momento actual e maila súa proxección de futuro, dende o punto de vista do influxo da cultura dos usuarios a fin de que estes sexan o cerne real dos cuidados profesionais, actuando como individuos activos no seu proceso de saúde. Para elo analízanse diferentes items como o xénero, a imaxe dos profesionais, a xerarquía nos cuidados ou a importancia do tempo e do espazo no momento de realízalos.

O estudo é exploratorio cualitativo empregando a metodoloxía etnográfica para a recollida de datos que son analizados dende a fenomenoloxía.

O campo no que se realizan as pescudas está delimitado xeograficamente dentro da Área de Xestión Integrada Lugo, Cervo e Monforte do Servizo Galego de Saúde, analizando tanto institucións públicas como privadas nas que se practica asistencia clínica e de formación de profesionais sanitarios.

As unidades de análise empregadas están formadas pola visión que usuarios e profesionais teñen da enfermaría, tanto directamente como a través das diferentes canles de comunicación social, así como sobre o presente e o futuro da profesión.

A enfermaría realiza cuidados humanísticos pero só o pouco que lle permite o modelo actual, motivo polo que deberá afianzarse na súa autonomía e na importancia de conseguir un canon que contemple a faceta cultural dos usuarios, camiñando así cara un modelo holístico e interdisciplinar. Na consecución destas metas deben intervir os profesionais de enfermaría dende os diferentes ámbitos nos que se exerce a profesión, xa sexa docente, de xestión, investigación ou clínica.

Palabras chave

Enfermaría, xénero, cultura, cuidados, atención holística, autonomía enfermeira.

Resumen

Este trabajo pretende analizar donde se sitúa la profesión enfermera que se encuentra insertada dentro de un sistema dominado por el modelo biomédico y en el cual los cuidados consisten en la aplicación de técnicas aprendidas.

El objetivo planificado consiste en explicar la actividad profesional enfermera en el momento actual así como su proyección de futuro, desde el punto de vista de la influencia de la cultura de los usuarios con la finalidad de que estos sean el centro real de los cuidados profesionales, actuando como individuos activos en su proceso de salud. Para ello se analizan diferentes ítems como el género, la imagen de los profesionales, la jerarquía en los cuidados o la importancia del tiempo y del espacio en el momento de realizarlos.

El estudio es exploratorio cualitativo empleando la metodología etnográfica para la recogida de datos que son analizados desde la fenomenología.

El campo en el que se realizan las investigaciones está delimitado geográficamente dentro del Área de Xestión Integrada Lugo, Cervo e Monforte del Servizo Galego de

Saúde, analizando tanto instituciones públicas como privadas en las que se practica asistencia clínica y de formación de profesionales sanitarios.

Las unidades de análisis empleadas están formadas por la visión que usuarios y profesionales tienen de la enfermería, tanto directamente como a través de los diferentes canales de comunicación social, así como sobre el presente y el futuro de la profesión.

La enfermería realiza cuidados humanísticos pero solo lo poco que le permite el modelo actual, motivo por el que deberá afianzarse en su autonomía y en la importancia de conseguir un canon que contemple la faceta cultural de los usuarios, caminando así hacia un modelo holístico e interdisciplinar. En la consecución de estas metas deben intervenir los profesionales de enfermería desde los diferentes ámbitos en los que se ejerce la profesión, ya sea docencia, gestión, investigación o clínica.

Palabras clave

Enfermería, género, cultura, cuidados, atención holística, autonomía enfermera.

Abstract

This work intends to analyze where is situated the profession nurse within a system dominated by the model biomedical and in which their care consist in the application of technical learned. The target planned consists in explain its activity professional nurse in the time current as well as its projection of future, from the point of view of the influence of its culture of them users, with the purpose of that these are the center real of their care professional, acting as individuals active in its process of care. For this is analyzed different items as the gender, the image of them professional, the hierarchy in their care or the importance of the time and of the space in the time of make them. The study is exploratory qualitative using the methodology ethnographic to the collection of data that are analyzed from the Phenomenology. The field in which is performed their research is delimited geographically within the Area of management integrated of Lugo, Cervo e Monforte of the Servizo Galego of Saúde, analyzing both institutions public as private in which is practice assistance clinical and of training of professional health. Their units of analysis employed are formed by the vision quee users and professional have of the nursing, both directly as through the different channels of communication social, as well as on the present and the future of the profession. The nursing performs care humanistic but only it little that you allows the system current, reason by which must strengthen is in its autonomy and in the importance of get a canon that contemplate the facet cultural of them users, walking so towards that model holistic e interdisciplinary. In the achievement of these goals should of intervene them professional of nursing from the different areas in which is exerts it profession, already is teaching, management, research or clinical.

Key words

Nursing, gender, culture, care, care holistic, autonomy nurse.

TÁBOA XERAL

Coidado

Dedicatoria

Agradecementos

Resumo, palabras clave

Táboa xeral I

Táboa de acrónimos e abreviaturas V

Táboa de figuras..... VII

Táboa de gráficos e táboas..... XIII

Limiar..... 1

Capítulo 1. Metodoloxía..... 13

1. Metodoloxía 15

2. Método 15

3. Material 16

3.1. A busca bibliográfica..... 16

3.2. Campo de estudio..... 18

3.3. Unidade de análise 18

3.4. Grupos de observación e mais de estudo 19

3.5. Planificación..... 19

3.6. Instrumentos de recollida de datos..... 20

3.7. O traballo de campo 21

3.8. Procesamento da información e análise de datos 22

3.9. Redacción e escritura 23

3.10. Tempo..... 24

3.11. Ética da investigación 24

4. Estruturas e organización 25

4.1. Capítulo 1. Metodoloxía 25

4.2. Capítulo 2. A enfermaría e as distintas teorías epistemolóxicas 26

4.3. Capítulo 3. Percepción popular dos coidados de enfermaría..... 26

4.4. Capítulo 4. Visión profesional dos coidados 27

4.5. Capítulo 5. A enfermaría diante do espello das canles de
comunicación..... 27

4.6. Capítulo 6. Discusión e resultados 27

4.7. Relación de bibliografía e webgrafía..... 28

Capítulo 2. Teorías e modelos 29

2.1. Preliminares 31

2.2. Definición do coidado 32

2.2.1. Coidado enfermeiro	34
2.2.2. Enfermaría: profesión e disciplina	37
2.3. A cultura: arañeira creada polo home	40
2.3.1. Visión integral e holística da persoa	42
2.3.2. Visión <i>emic e etic</i> dos coidados	43
2.3.3. Diferentes visións da enfermidade	45
2.4. Evolución dos coidados no transcorrer da historia	49
2.4.1. Historia da profesión enfermeira no Estado español	55
2.4.2. Relación da enfermaría con outras esferas e disciplinas	59
2.4.2.1. <i>Enfermaría e a esfera relixiosa</i>	60
2.4.2.2. <i>Enfermaría e a esfera militar</i>	61
2.4.2.3. <i>Enfermaría e a política</i>	63
2.4.2.4. <i>Enfermaría e economía</i>	65
2.4.2.5. <i>Enfermaría e a esfera médica</i>	66
2.4.2.6. <i>Enfermaría e a esfera cultural</i>	68
2.4.2.7. <i>Enfermaría e a esfera antropolóxica</i>	71
2.4.3. Aplicación do método científico	73
2.5. Os modelos de enfermaría	78
2.5.1. Modelo das Catorce Necesidades. Virginia Henderson	82
2.5.2. Modelo Madeleine Leininger	83
2.5.3. Modelo de Competencia cultural Larry Purnell	87
2.5.4. Modelo de Herdanza cultural e Tradición de Saúde	91
2.5.5. Modelo do Proceso de Competencia Cultural na Prestación de Servizos de Saúde. Campinha- Bacote	93
Capítulo 3. Percepción popular	97
3.1. Preliminares	99
3.2. O coidado na vida de cote: un coidado popular, vital, natural e social	103
3.3. Análise do discurso e observacións de campo	105
3.3.1. Os coidados de enfermaría: unha cuestión de xénero	106
3.3.2. A xerarquía nos coidados	122
3.3.3. Importancia do espazo mailo tempo nos coidados	135
3.3.4. O lugar da técnica e mailo contido dos traballos	142
3.3.5. Cómo son percibidos os coidados de enfermaría polos usuarios	147
3.3.6. Cómo consideran os usuarios que deben ser os coidados de enfermaría	156

Capítulo 4. Percepción profesional.....	163
4.1. Preliminares.....	165
4.2. O coidado profesional, un coidado especializado.....	170
4.3. Análise do discurso enfermeiro.....	174
4.3.1. O xénero da profesión visto polos profesionais.....	174
4.3.2. A xerarquía nos coidados nun modelo biomédico.....	193
4.3.3. O espazo e mailo tempo.....	209
4.3.4. A técnica dos coidados.....	221
4.3.5. Como son percibidos os coidados de enfermaría polos profesionais.....	231
4.3.6. Futuro dos coidados.....	243
4.4. A imaxe da enfermaría e a súa evolución ate a actualidade.....	251
 Capítulo 5. Imaxe nos medios	259
5.1. Preliminares.....	261
5.2. Concepto de imaxe	262
5.3. A linguaxe e imaxe.....	264
5.4. Canles de comunicación	269
5.5. Literatura	271
5.6. A Música como canle de comunicación de enfermaría	280
5.7. Iconografía.....	287
5.8. Fotografía e Carteis	289
5.8.1. A imaxe como transmisora de diferentes valores.....	290
5.8.2. Utilización da imaxe feminina para o chamamento á mobilización... ..	291
5.8.3. Imaxe das enfermeira-nai.....	292
5.8.4. A imaxe da muller utilizada para divulgar unha ideoloxía	294
5.8.5. A muller-enfermeira como compañeira e amiga	295
5.8.6. Muller enfermeira-relixiosa.....	297
5.8.7. Enfermeira heroe.....	298
5.8.8. A imaxe que quere transmitir a enfermaría	299
5.8.9. A imaxe da muller enfermeira, como garante da saúde	300
5.8.10. A imaxe da enfermeira no ocio	300
5.8.10.1. A imaxe da enfermeira muller como obxecto de mercadoría	301
5.8.10.2. Utilización da imaxe da enfermeira como traxe de antroido.....	302
5.9. Pintura.....	303
5.10. Filatelia.....	309
5.11. Escultura	312
5.12. Teatro, cine e televisión	316
5.13. Mass Media.....	319
5.13.1. Prensa	321
5.13.2. Radio	321
5.13.3. Televisión	322

5.14. Las TIC	322
5.15. Bases de datos	323
5.16. Buscadores e páxinas de información	324
5.17. Blogs.....	325
5.18. Redes sociais (Facebook, Youtube, Twiter ou Instagram).....	326
5.19. Os xogos na rede.....	327
5.20. A imaxe da enfermeira e a industria cinematográfica	329
Capítulo 6. Discusión e conclusións.....	335
6.1. Preliminares.....	337
6.2. Os coidados de enfermaría unha cuestión de xénero.....	339
6.3. A xerarquía nos coidados	347
6.4. Importancia do espazo e mailo tempo na prestación de coidados	362
6.5. Importancia da técnica no exercicio dos coidados, contidos dos coidados.....	367
6.6. Como son percibidos os coidados de enfermaría e como cren que deberían ser	372
6.7. A IMAXE DA ENFERMARÍA	382
6.8. Importancia da linguaxe empregada	386
6.9. Descoñecemento e importancia das dimensións cultural, social, económica e política á hora de exercer os coidados	395
6.10. Violencia na profesión de enfermeira	402
6.11. Antropoloxía aplicada	409
6.11.1. Programa expansivo: Enfermaría Coidados de Primeira.....	411
6.11.1.1. Obxectivos do programa	411
6.11.1.2. Plataformas dende as que levar a cabo as actuacións	412
6.11.1.3. Recursos humanos.....	413
6.11.1.4. Actuacións e actividades	413
6.11.1.5. Contidos.....	414
6.11.1.6. Desenvolvemento	415
6.12. Conclusións	418
Bibliografía	425
Anexos.....	461
Anexo I. Cronograma da investigación	463
Anexo II. Táboa de informantes	465
Anexo III. De quen é competencia o papel hixiénico en réxime hospitalario	469
Anexo IV. Protocolos I.Q.....	473
Anexo V. Letras de cancións	475

Táboa de acrónimos e abreviaturas

AE	Atención Especializada
AISNA	Administración Institucional da Sanidade Nacional
ANA	American Nurses Association
AP	Atención Primaria
APA	Asociación de Psicoloxía Americana
ATS	Axudante Técnico Sanitario
BAC	Bacharelato
BOE	Boletín Oficial do Estado
CEMS	Confederación Estatal de Sindicatos Médicos
CGCOM	Consello Xeral de Colexios Oficiais de Médicos
CGE	Consello Xeral de Enfermaría
CIE	Consello Internacional de Enfermaría
CSIF	Central Sindical Independente de Funcionarios
DOGA	Diario Oficial de Galicia
DUE	Diplomado Universitario de Enfermaría
FEGAS	Fundación Pública Galega de Administración Sanitaria
GACELA	Gestión Asistencial de Coidados de Enfermaría Liña Aberta
HULA	Hospital Universitario Lucus Augusti
IANUS	Historia Clínica e Farmaco-Terapeutica en Galicia
LOPS	Lei de Ordenación das Profesións Sanitarias
Masmedia	Medios de Comunicación de Masas
MECES	Marco Español de Cualificación para Educación Superior

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NNN	Nanda Noc Nic
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial da Saúde
PAC	Punto de Atención Continuada
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
RAE	Real Academia da Lingua Española
RAG	Real Academia da Lingua Galega
RD	Real Decreto
SERGAS	Servizo Galego de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TIC	Tecnoloxías da Información e a Comunicación
USC	Universidade de Santiago de Compostela

Táboa de figuras

1. Proceso de investigación bibliográfica durante a realización da investigación.	17
2. Actores implicados nos coidados.....	44
3. Interrelación entre os actores e a acción de coidar.....	45
4. Elo biolóxico-cultural dos coidados.....	47
5. Ciclo do PAE.....	77
6. Modelo do sol nacente.....	86
7. Diagrama do Modelo de Purnell.....	90
8. O Modelo da avaliación Transcultural de Giger e Dvighizar.....	93
9. Coidados populares nas civilizacións primitivas.....	104
10. Dúas enfermeiras de Munch.....	107
11. Guía da boa esposa.....	110
12. Asunción do home dos coidados domésticos.....	114
13. Un xesto amable.....	121
14. Coidados básicos.....	125
15. Protocolo cirúrxico.....	131
16. Centro de Atención Primaria de Fingoi (Lugo).....	136
17. Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).....	140
18. Técnicas de enfermaría.....	143
19. Enfermaría e as emocións.....	148
20. O trato humanitario na enfermaría.....	152
21. Dona Tecla Bisturín.....	157
22. Xosé Manuel Carballo Ferreiro.....	158
23. Claudio Moyano. Autor da Lei de Instrución Pública 1857.....	167
24. Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo.....	168
25. Enfermaría é coidados.....	170
26. A enfermaría próxima aos usuarios.....	172
27. Os coidados noutras culturas.....	175
28. Enfermeiras do primeiro ambulatorio de Lugo 1956.....	177
29. Practicante de Mondoñedo. Andrés Baamonde Insua.....	180
30. Practicante Perfecto Abelairas Castro.....	183
31. Androcentrismo.....	185
32. Homes enfermeiros.....	188
33. Hospital das enfermidades do tórax Calde (Lugo).....	190
34. Organigrama do Hospital da Costa. Lugo (2004).....	194
35. Organigrama do Hospital da Costa. Lugo (2015).....	195
36. Primeiro ambulatorio de Lugo da Seguridade Social (1956).....	199
37. Modelo interdisciplinar.....	203

38. Autoridades visitando o Ambulatorio do Seguro Obrigatorio de Enfermidade (1957).....	205
39. Prescrición de enfermaría antes e despois do RD (Decembro2015).....	206
40. Lectura da Tese Doutoral da enfermeira María Jesús Regueiro Burgo (2016) .	210
41. A continuidade dos coidados no tempo.....	212
42. O cambio de quenda.....	213
43. PAC Concello de Becerreá (Lugo).....	215
44. Realidade da enfermaría.....	218
45. O tempo ligado aos recursos humanos.....	220
46. Técnicas de coidados de enfermaría.....	222
47. Os coidados culturalmente competentes.....	223
48. Libro de “cambio de quenda”	226
49. Educación para a saúde.....	228
50. A importancia do bo trato.....	230
51. O teito de cristal na enfermaría.....	235
52. Prescrición enfermeira.....	236
53. Formación continuada esencial para os/as enfermeiros/as.....	238
54. Traballo por tarefas.....	240
55. Taxonomía enfermeira.....	243
56. Multiculturalismo.....	244
57. Enfermaría nas redes.....	245
58. Facultade de Enfermaría de Iucatán.....	248
59. Os acompañantes dos usuarios.....	250
60. A imaxe da enfermaría.....	252
61. Enfermeira lagarteira.....	254
62. Enfermaría masculina e homoerotismo.....	255
63. Decálogo da enfermaría.....	257
64. Cartel denunciado.....	268
65. Canles de comunicación.....	270
66. Charles Dickens.....	271
67. Caballeros de Malta.....	272
68. Todo corazón para los enfermos.....	273
69. La casa de convalecencia.....	274
70. La comadrona de Hope River.....	274
71. Llama a la comadrona.....	275
72. La enfermera de Brunete.....	276
73. A una milla de Huesca.....	276
74. En paciente inglés.....	277
75. La voz invisible.....	277
76. Anécdotas de enfermeras.....	278

77. Enfermera en apuros.....	278
78. La vida es suero.....	279
79. El país de las letras.....	280
80. Lo que faltaba. Portada del disco.....	281
81. Portada do Cd Un alumno más.....	283
82. Letrilandia. El país de las letras.....	283
83. Expulsados.....	285
84. O practicante de Carril.....	288
85. Rendición incondicional.....	288
86. El beso.....	289
87. Enfermeira 1838 e enfermeira 1888.....	290
88-89. Carteis de recrutamento.....	291
90. Cartel de petición de axuda.....	291
91. A mellor nai do mundo.....	292
92. A revista das mozas da casa 1917.....	292
93. Axuda.....	292
94. Consello de Sanidade de Guerra.....	293
95. Petición de Axuda Cruz Vermella.....	293
96. Revista para a muller.....	294
97. Larga vida as camaradas de armas.....	295
98. Xúntese as ramas femininas das forzas armadas.....	295
99. Enfermeira en Osetia do Sur.....	296
100. Enfermeiras, monxa e médico.....	297
101. As damas do exercito.....	297
102. 102-103. Irena Sendler (1910-2008).....	298
104-105-106. Actuacións en diferentes áreas da enfermaría.....	299
107. Traballo en equipo.....	299
108. Educación enfermeira para a saúde.....	299
109. A calidade na que podes confiar (1952).....	300
110. Bonita prescripción (1943).....	300
111. Lata de pimentón (1950 ...)......	300
112-113. Barbie enfermeira.....	301
114. Enfermeira Playmobil.....	301
115. Enfermeira Pepa Pig.....	301
116. Taza con grafiti.....	301
117. Chaveiro enfermeira.....	301
118. Pasteis enfermeira.....	301
119. Tella enfermeira.....	302

120. Disfraces de enfermeiro/a para nenos/as.....	302
121. Disfraces de enfermeiro/a para adultos.....	302
122. Enfermeiro/a dúas caras.....	303
123. The infirmery at Helgeands moen de Munch.1884.....	304
124. Ciencia y caridad óleo sobre lenzo de Picaso.1905.....	304
125. La duquesa de Shuterland. Tardieu. 1919?.....	304
126. Enfermera de Denis Núñez. 2008.....	305
127. La enfermera de Masaru Shichinohe. 2011?.....	305
128. Enfermera. Artur Aranda Subi. 2008.....	306
129. Enfermera.Nuria Sra. P. 2011.....	306
130. La enfermera y el músico marinero. Bueno Sánchez. 2012.....	307
131. Historia de la enfermaría a través de los trajes. García Nadal.....	308
132. Selo 150 aniversario Colexio de Enfermaría de Madrid.....	309
133. Selo conmemorativo da creación Cruz Vermella 1926.....	309
134. República española 1938.....	310
135. Loita antituberculosa.....	310
135. 30 anos cuidando Asociación Nacional Enfermería Salud Mental.....	311
137. Mary Seacole.....	311
138. Estatua a Florence Nightingale.....	312
139. Duquesa da Victoria na Guerra de Marrocos.....	312
140. Escultura “Homenaje a la Enfermaría” en Murciana.....	313
141. Escultura sobre a profesión enfermeira. Xaén.....	313
142. Monumento. Coidando ás persoas. Alacant.....	313
143.Monumento á enfermaría almeriense.....	314
144. Palmeira dedicada á enfermaría Elche (Alacant).....	314
145. Monumento á enfermaría. Logroño.....	315
146. Carátula película Nurse 3D.....	317
147. La enfermera de noche.....	318
148. Enfermera saturada.....	327
149. Xogo de bicos coa enfermeira.....	328
150. A enfermeira perversa manga 3D.....	328
151. A industria cinematográfica.....	329
152. Virginia Henderson.....	337

153. A división sexual do traballo nos Neandertais.....	339
154. A non discriminación de xénero no punto de mira.....	341
155. Característica catalogada feminina: amabilidade.....	343
156. As diferenzas no xénero non indican diferentes valores.....	346
157. Sistema piramidal.....	348
158. Modelo que equipo interdisciplinar.....	349
159. Descubrindo os paradigmas.....	352
160. Xefe de servizo, de sección, adxuntos e profesionais de enfermaría.....	354
161. O elo entre o médico e o usuario é a enfermaría.....	356
162. Irmáns Garmendia. 1956.....	358
163. Síndrome de indefensión aprendida.....	360
164. Fragmento de sarcófago coa imaxe de Kairós.....	363
165. Estatua a Chronos.....	364
166. O tempo dunha enfermeira.....	365
167. Cadro de Enma Cano.....	366
168. Especialización e reificación.....	368
169. V Promoción Escola de ATS feminina de Lugo.....	370
170. Novos modelos de familia na actualidade.....	374
171. Coidados de enfermaría individualizados no tempo e no espazo.....	376
172. Coidados a mediados do século XX.....	378
173. Síndrome do queimado.....	383
174. Ciclo da imaxe profesional.	385
175. Cofia, xiringa e cruz. Imaxe popular da enfermaría.	386
176. O home fai a linguaxe e a lingua fai ao home.	388
177. As palabras posúen significado e significante.	390
178. Compoñentes da comunicación.	392
179. A lingua perniciosa.	394
180. As palabras poden crear e destruír.....	396
181. Etnoenfermaría.	398
182. Maleine Leininger.	399
183. O proceso de enfermaría forma parte dunha atención holística.....	481
184. Ciclo para a visibilidade enfermeira.	402
185. En tempos pretéritos a imaxe da enfermaría identificábase co silencio.....	403

186. A enfermaría ten que ser a voz dos que non a teñen.	403
187. Non serves para nada.....	405
188. A violencia na enfermaría tamén é exercida por iguais.....	406
189. A enfermaría debe facer partícipe ao usuario do seu benestar.....	412
190. Enfermaría negociará cos usuarios os coidados holísticos.....	413
191. Grupos de reflexión sobre a profesión enfermeira.....	417
192. Actuación contra o maltrato á enfermeira.....	418
193. Importancia de compartir os coñecementos.....	420



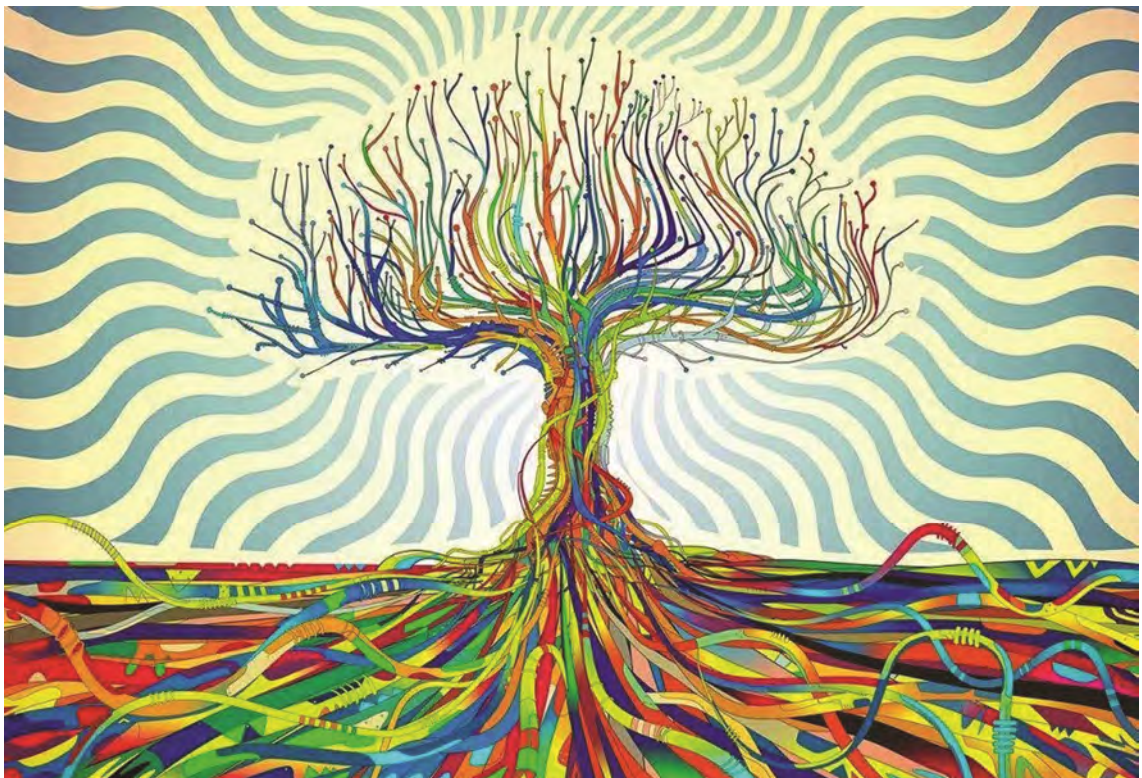
Táboa de gráficos

1. Distribución dos informantes segundo a ocupación	cap.1 p.19
2. Estrutura xerárquica no sistema biomédico	cap.3 p.128
3. Causas do estrés enfermeiro	cap.4 p.232
4. Ratio de enfermeiras na zona euro	cap.4 p.241

Táboa de táboas

1. Clasificación dos informantes por idade e sexo	cap.1. p19
2. Secuencia de tarefas	cap.1 p.20
3. Estruturas para o estudo da historia de enfermaría	cap.2 p.50
4. Etapas da historia da enfermaría	cap.2 p.51
5. A Enfermaría no Estado español	cap.2 pp.57-58
6. Relación das perspectivas: biomédica - enfermeira	cap.2 p.68
7. Argumentación biomédica e antropolóxica	cap.2 pp.72-73
8. Desenvolvemento da teoría enfermeira dende F. Nightingale	cap.2 pp.79-81
9. Características da imaxe	cap.5 p.323
10. Relación de bases de datos de enfermaría	cap.5 p.323
11. Buscadores e paxinas de información enfermeiras	cap. 5 p.324
12. Relación de blogspot enfermeiros en español	cap.5 p.325
13. Relación de nursings blogspot	cap.5 p.326
14. Signos e síntomas do escravo satisfeito	cap.6 p.407
15. Signos e síntomas do síndrome da muller maltratada	cap.6 p.408
16. Signos e síntomas do profesional de enfermaría ninguneado	cap.6 p.409





A força interior (Rincón de la Psicología, 2015)

*Non existe no mundo nada mais poderoso que unha idea á que
lle chegou o seu tempo (Victor Hugo 1802-1885)*



Quén e cómo

Cando fixemos a revisión bibliográfica para este traballo, encontramos enfermeiras/os que realizaron estudos de grao por diversos motivos. Nuns casos para acadar o nivel académico preciso co fin de impartir docencia, noutros por ampliar coñecementos para aplicar o seu traballo cotiá. Non faltando quen canalizaba a súa rebeldía contra un sistema que a principios da década dos oitenta ofreceu, á enfermaría, o acceso a unha licenciatura que tardou trinta anos en materializarse. O noso caso non está dentro de ningunha distas etiquetas. Foron unhas razóns alleas ao mundo da profesión enfermeira, encamiñadas nun primeiro momento ao estudo das manifestacións culturais tradicionais e populares dun xeito xenérico. Con todo os resultados son os mesmos cos das compañeiras e compañeiros antes mencionados: concibir dende un punto de vista multidisciplinar o proceso de coidar.

Foi no ano 2000 cando comezou, academicamente, esta andaina que cerra un capítulo da miña vida co presente traballo para entrar nunha nova fase, quizais máis centrada na aplicación á praxe dos novos coñecementos adquiridos.

Unha vez iniciada a aventura do novo encontro coas aulas, vinte anos despois de rematar os estudos da diplomatura en enfermaría, fomos descubrindo aos poucos, en primeiro lugar como cambiaba o xeito de comunicarnos coas persoas do noso arredor, entre as que estaban incluídos os usuarios dos nosos coidados de enfermaría e os nosos compañeiros de profesión. Pasou algún tempo en que nos fixeramos conscientes da nosa nova visión humanística, ganando cada vez máis importancia o pensar e sentir do colectivo de usuarios aos que vai dirixida a atención enfermeira. Mudou, sen darnos conta, a nosa actitude no traballo, un cambio sen retorno a un lugar onde a enfermaría practicada nun sistema sanitario biomédico que pretende, sen conseguilo, facer dos coidados unha aplicación de técnicas aprendidas. A nosa nova situación levou consigo cantidade de anécdotas puntuais, que nos serviron de reflexión, inclusive algunhas como puntos de referencia e inflexión, aportando novas ansias de saber e coñecer a fin de poder mellorar os coidados aos usuarios dos servizos de enfermaría e á poboación en xeral.

Deste xeito, durante catro anos que durou a nosa formación na Facultade de Humanidades, foise fraguando lentamente a conciencia de aplicar os novos coñecementos en disciplinas, diverxentes en aparencia, o mundo sanitario, máis concretamente o mundo da enfermaría. A necesidade de conxugar coñecementos dunha e doutra disciplina ven potenciada, dada a situación estratéxica dos profesionais

da enfermaría, que na praxe cotiá exercen de ponte entre o universo dos sanitarios, na maioría dos casos alleo o mundo dos usuarios.

Respecto aos “pacientes”, aos que dende este momento chamaremos usuarios, temos que realizar unha aclaración antes de continuar, pois parécenos que paciencia deben ter a xusta e necesaria, sen ter que ser pacientes por definición aqueles que están faltos de saúde, motivo polo que utilizan os servizos do sistema sanitario. Si é certo que son pacientes no sentido estrito da palabra, dentro e, cun modelo sanitario paternalista que os anula, deixándoos reducidos a meros obxectos. Polo tanto, un primeiro chanzo para cambiar esta situación consistirá no emprego deste apelativo que consideramos incorrecto, por outro apelativo non cualificativo, exento de cargas pexorativas deixando de condenar a esta poboación a unha subordinación non desexada, vendo como é anulada a súa liberdade como persoas.

O noso obxectivo está aquí en devolverlles a súa dignidade e responsabilidade, fronte a despersonalización que sofren dentro dun sistema sanitario obsoleto. Temos que engadir para xustificar o emprego da verba *usuario*, e non outro. Algúns modelos propoñen o emprego de “cliente”, parecéndonos que este apelativo leva consigo unha carga mercantilista, que non é axeitada ao caso. Pola contra, cremos que os mal chamados “pacientes” son usuarios do sistema sanitario, e máis en concreto dos servizos de saúde. Consideramos que non debe levar consigo esta circunstancia, que se vexan sometidos a ningún trato desigual en canto a persoas que son; non deben verse obrigados a renunciar aos dereitos que lles confire esta condición.

Queremos situar aos usuarios, desta forma, ao mesmo nivel que os profesionais, non tendo porqué verse diminuída a súa capacidade de decidir sobre as actuacións a seguir sobre a súa persoa a fin de acadar un estado saudable, tendo presente que van ser eles os beneficiarios ou os prexudicados polas decisións que se tomen sobre algo tan vital como a súa saúde. Os profesionais sanitarios deberán ofrecer a súa visión técnica sobre as diferentes situacións, sen impor o seu criterio a uns usuarios que son os responsables últimos das súas propias vidas.

Ademais de mudar a nosa visión sobre os usuarios e os profesionais, tamén mudou a que tiñamos sobre o seu entorno, dos seus porqués, das súas interpretacións e visións *emic* das circunstancias e acontecementos polos que pasan uns e outros. Mesmo nos fixo replantarnos a esencia paradigmática dos coidados que se están realizando e cómo se levan a cabo no que facer de cada xornada.

Unha vez rematados os estudos humanísticos, a nosa visión dos coidados de enfermaría parecíanos globalizada culturalmente, dende o particularismo de cada individuo, de cada grupo ou comunidade.

A día de hoxe e despois de máis de tres décadas, realizando un traballo de enfermaría teoricamente técnico, estamos na procura dun desenvolvemento holístico

cos usuarios, sobre os que temos responsabilidade, sexan persoas individuais, familias ou mesmo comunidades.

Os novos coñecementos mailas reflexións fixeron que se producise un xiro, a nivel persoal, no xeito mesmo de entender os paradigmas profesionais do mundo dos coidados que tiñamos na nosa ruta: contemplar e traballar cos usuarios nos que debemos fomentar a responsabilidade sobre a súa saúde, facendo que así se sintan partícipes, á vez que colaborar con eles para conseguilo, deixando a un lado as vellas posturas paternalistas da profesión e apostando por un modelo cultural e holístico da persoa como individuo humano que forma parte dun grupo e dunha sociedade. Quede pois clara a nosa postura de que os usuarios dos servizos de enfermaría teñen que deixar de ser actores pasivos do seu propio proceso, e converterse nos actores principais, pois é a eles a quen van dirixidas as actuacións procuradas polos outros actores dos coidados.

O tema elixido

A posibilidade de conxugar a cultura coa enfermaría presentouse no momento de realizar a investigación para a presente tese de doutoramento, plenamente conscientes de que a práctica da profesión enfermeira non consiste na aplicación dunhas técnicas ou protocolos predeterminados. A profesión enfermeira precisa duns coñecementos multidisciplinares que os profesionais de enfermaría practican de cote, moitas veces por pura intuición e na maioría das ocasións sen sabelo. Descubrimos durante o traballo de campo as grandes calidades que os profesionais de enfermaría posúen, que non lles son valoradas e como o propio sistema non lles permite practicar os seus modelos, menoscabando non só aos profesionais, tamén ao mesmo sistema e aos seus usuarios en primeiro e último lugar. Trátase de talentos que están aí enterrados esperando para ser postos en valor.

A estas alturas estamos convencidos de que no noso país, a nivel teórico, imos con moito retraso respecto da enfermaría doutras latitudes. Parécenos imposible, que no século XXI non se teñan presentes os coñecementos culturais e a súa repercusión nos usuarios e nos coidados que se dan de xeito profesional. Non obstante tampouco queremos ser derrotistas e somos conscientes, do longo camiño que andou a profesión nas últimas décadas, que non é máis que o comezo dun percorrido que fai pouco máis que comezar.

Isto levounos a elixir o tema para estudar o mundo dos coidados de enfermaría. Moveunos o interese por mergullarnos no estudo e na observación dos fenómenos que se dan arredor dunha disciplina e unha profesión novas, contrasta esta situación coas prácticas ancestrais de coidar. Temos moi claro que a raza humana non

existiría sen coidados, por ser o individuo humano un dos máis fráxiles da natureza e que precisa coidados durante máis tempo que outras especies.

Os interrogantes que estaban na nosa cabeza, entre outros, eran os seguintes: Correspóndese a imaxe da enfermmería coa realidade profesional? Son conscientes os profesionais da enfermmería da importancia dos coidados que imparten? Na nosa contorna, qué papel xoga a cultura nos coidados enfermeiros? A labor da enfermmería está recoñecida pola sociedade e polos propios profesionais dos coidados? Qué demandan os usuarios? Precísase cambiar algo para que os coidados sexan culturalmente competentes? ou, Cómo se pode realizar ese cambio?

Sentiámonos responsables da preservación e mantemento do coidado cultural, da acomodación e negociación do coidado cultural. De aí a necesidade de establecer un diálogo no que a enfermeira maila persoa receptora dos coidados determinen conxuntamente cales son os máis apropiados, nese momento, para esa situación concreta e tomen as decisións máis acertadas.

Decidimos estudar, por tanto, a praxe tradicional da profesión enfermeira, así como as alternativas que pode ofrecer unha visión humanística e cultural, para facer que o seu exercicio sexa máis acorde cos tempos e coa disciplina en si mesma. Estes son os motivos que nos levan a realizar unha análise sobre o que os usuarios ven e lle piden á profesión, mentres que por outra banda, tamén pescudamos cómo queren definir os profesionais o exercicio cotiá da súa disciplina.

O problema

A enfermmería precisa coñecer o punto no que se encontra, así como a onde quere chegar, para así poder marcar unha ruta correcta e conseguir acadar os obxectivos marcados pola propia profesión: ofrecer uns coidados holísticos ao individuo humano, á familia e á comunidade, contando cun corpus teórico da propia disciplina e gozando de autonomía para levar a cabo a planificación e a execución das diferentes posibles estratexias que se poderían desenvolver.

Estado da cuestión

Cando se iniciou este traballo non eran moitas as publicacións que se acercaban ao tema da cultura e dos coidados de enfermmería no Estado español. Foi este o motivo polo que tivemos que ir ás fontes orixinarias, buscando directamente as publicacións de Madeleine Leininger, así como de autores doutros países, especialmente de América.

Como punto de partida debemos de ter presente que os coidados acompañan ao home dende o seu nacemento durante toda a súa vida como relata Hixinio na súa fábula CCXX, “ ... dado que coidado foi a primeira en modelalo que ela o acompañe mentres viva” (Higinio, 2009, p. 290).

Un primeiro paso foi realizar unha revisión da historia da profesión para poder situarnos no momento presente cun fundamento histórico. Axudounos nesta labor consultar as obras dos autores españois: José Siles, enfermeiro e historiador coa súa obra de historia (Siles, 1999), Cecilio Eseverri con historia de enfermmería española e hispanoamericana (Eseverri, 1995), Catalina García e Maria Luisa Martínez (García & Martínez, 2007), posteriormente Carmen González e Fernando Martínez aportan novas miradas para a historia (Gonzalez & Martínez, 2010). Tamén se consultaron diferentes volumes da colección Historia de España da editorial Crítica, as Etimoloxías de San Isidoro (Oroz, 1982) e tamén a Historia de Galicia de Ramón Villares (Villares, 2004).

Por estar mesturadas e moitas veces confundirse cá historia da enfermaría, foi consultada a historia da medicina, como é o caso da obra de Pedro Laín Entralgo (Laín, 1970).

Consultamos a obra de Enrique Perdiguerro e José M^a Comelles na procura dunha conxunción entre a medicina maila cultura e a antropoloxía para encontrar a relación, e poder deste xeito, entender a saúde maila enfermidade. Este mesmo tema está tratado á vez por Rosa María Lara quen se centra na formación dos profesionais da saúde como punto de inflexión na hora de fomentar a utilización multidisciplinar para traballar dun xeito humanístico no campo da saúde (Lara y Mateos, 1994).

Na actualidade o coidado enfermeiro é un coidado profesional, administrado polo persoal de enfermaría, formado e capacitado para ofrecer estes servizos. Con todo continúan convivido a disciplina enfermeira, coa practica dos coidados domésticos.

Tamén neste momento revisamos as novas correntes e os novos paradigmas enfermeiros da man de Suzanne Kérouac, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette, Francine Major (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996), así como os diferentes modelos e teorías de enfermmería aportados por Ann Marriner e Martha Raile (Marriner & Raile, 2003).

Nos eidos culturais fomos a beber das fontes de Marvin Harris na súa obra Antropoloxía cultural (Harris, 2006), Max Weber e Ariño entre outros. Un dos autores que abriu máis o noso campo de visión foi Ángel Martínez coa súa obra Antropoloxía médica, que nos levou a reflexionar sobre as críticas antropolóxicas, o determinismo biolóxico e as súas concepcións reducionistas da enfermidade, así como as dimensións significativas, narrativas simbólicas ás aflicións humanas, o papel das desigualdades

sociais en saúde, ou como o papel que xoga a cultura nos temas relacionados coa saúde, a enfermidade e a morte, que van a ser obxecto dos coidados enfermeiros (Martínez, 2008).

No referente aos coidados dende a perspectiva antropolóxica consultáronse obras de Madeleine Leininger (Leininger & Mc Farland, 2002), (Leininger M. , 1991), (Leininger M. , 1999) e as teorías de Larry Purnell (Purnell, 1999), Rachel Spector no seu artigo Cultura, coidados de saúde e enfermaría (Spector, 1999) e así como A introdución á antropoloxía da saúde, a enfermidade e os sistemas de coidados de Álvaro Bernalte e outros autores (Bernalte, Miret, & Rico, 2007). Consultouse entre outras, a tese doutoral de Miguel Ángel Fernández Molina sobre Antropoloxía dos coidados transculturais realizada no Hospital Xeral Universitario de Alacant (Fernández, 2006)

Puidemos observar a través dos diferentes autores consultados como hoxe en día na enfermaría presentase unha dicotomía entre o corpus teórico e a praxe cotiá da profesión. É un fenómeno que se manifesta de forma máis ou menos marcada en diferentes países. Os profesionais de enfermaría nunca estiveron tan ben preparados como neste momento, tanto a nivel de coñecementos teóricos, como prácticos. Non obstante viven cada día un decalaxe entre o que pensan que debe de ser a súa profesión é o que realmente é na praxe cotiá. Academicamente os profesionais xa poden acadar os máis altos niveis de estudos, con todo, no día a día dos seus postos de traballo non deixan de ser uns profesionais subalternos.

Encontramos os discursos dos colexios profesionais de enfermaría que loitan porque as enfermeiras/os ocupen os máis altos cargos de xestión dentro do actual sistema de saúde. Mentres o goberno actual do país os relega a continuar sendo subalternos da medicina, disciplina que ten relación co mundo dos coidados do mesmo xeito que a psicoloxía, a fisioterapia, ou calquera outra disciplina sociosanitaria.

Os coidados culturais están baseados nos valores, crenzas e modos de vida aprendidos e transmitidos de forma obxectiva que axudan, dan pulo, facilitan ou capacitan a outras persoas ou o grupo a manter o seu estado de saúde e benestar ou a mellorar a súa situación e estilo de vida ou a afrontar a enfermidade, a discapacidade ou a morte (Ramírez & Figuera, 2014).

Teoricamente en enfermaría estase a traballar co concepto do ser humano integral, tendo presente que a condición humana é a un tempo física, biolóxica, psíquica, cultural, social e histórica, condicións que debemos ter presentes na hora de ofrecer uns coidados holísticos e non só facer fincapé nos aspectos biolóxicos ou como moito nos biopsicolóxicos. Os coidados que reciben os usuarios son iguais, sen importar cal é a súa cultura de orixe.

O planeamento dende o prisma antropolóxico parte de entender ao individuo como un ser holístico, considerando a enfermidade como un fenómeno multidimensional.

Observamos como na práctica diaria da enfermmería, a cultura dos usuarios non se tiña en conta ou ben quedaba relegada sen prestarlle maior atención, seguindo unha dirección médica baseada no modelo bioloxicista.

Os modelos de enfermmería teñen en conta ao individuo, aos seus valores e ás súas crenzas. Os profesionais sanitarios cren que deben traballar de xeito multidisciplinar entendendo que o usuario é un todo individual e intransferible. Non obstante, isto non era o que en principio se observaba no desenvolvemento da praxe enfermeira.

Puidemos constatar que a enfermmería no Estado español é unha disciplina e mais unha profesión emerxente, polo que conta cunha historia curta e falta de contidos empíricos e mais epistemolóxicos. Esta xuventude profesional, fai que lle xurdan rivalidades que nin son buscadas nin desexadas, por parte de entes e profesións, que se consideran ameazadas por esta emerxencia, que evidentemente ocupa un espazo polo que as/os enfermeiras/os loitan día a día.

Algúns profesionais aseguran que no momento actual a enfermmería española está chegando ao fin dun camiño, autoxestionarse a tódolos niveis. Na praxe, acadar o pleno desenvolvemento como profesión autónoma, á vez que participar como un membro máis do equipo multidisciplinar, co que exerce o seu labor. Estas consecucións veñen como resposta ás demandas profesionais e ás necesidades da sociedade.

O interrogante que se abre dende o punto de vista antropolóxico é o seguinte: A sociedade ten consciencia desta necesidade? Este grao de consciencia determinará a aceptación ou non dun novo rol profesional, así como a súa xusta valoración? (Fernández & Pérez, 2005)

Tivemos conciencia do retraso no tempo co que vai a enfermeira como disciplina no Estado español, no referente aos contidos curriculares culturais, chamou a nosa atención como na aplicación práctica dos modelos humanísticos, segundo estudos realizados recentemente, acadaban un nivel superior aos de países do noso entorno.

Despois de case setenta anos de planeamentos teóricos de diferentes modelos e teorías para realizar a construción metaparadigmática, dun corpus teórico aglutinador da máis pura teoría e maila praxe cotiá, chega o momento no que debe tomar importancia o usuario sobre o que se exercen os coidados, pasando este de representar un papel pasivo, outorgado polo modelo biomédico, paternalista, a un

papel activo, no que sexa el mesmo quen negocie cos profesionais dos coidados cales son as súas necesidades e como deben de ser satisfeitas estas.

A profesión de enfermaría encóntrase nun período no tempo que algúns definen como o seu “gran momento”. Outros ven a profesión nun “tempo morto”, entre a transición dos coidados domésticos, a súa profesionalización e a busca da súa especialización e autonomía. Dáse unha gran confusión á vez que indefinición sobre o papel que debe desenvolver o profesional. Deben os coidados domésticos ser asumidos polos profesionais da enfermaría? Consiste a profesionalización, que reivindicamos usuarios e profesionais, en que os coidados sexan técnicos? Búscase coa especialización converter a profesión enfermeira ao modelo biomédico, deixando de lado os coidados holísticos dos usuarios? Estes interrogantes van servir de base para por en marcha a nosa busca.

Delimitación da investigación

Despois de realizar a revisión bibliográfica e analizar as observacións realizadas no campo, dada a complexidade e a cantidade de factores, así como as diferentes esferas que concorren neste vasto tema, vímonos obrigados a pasar de puntillas por algúns deles, non por iso menos importantes, para centrarnos en algo concreto; xurdiu deste xeito unha nova pregunta: Están preparados tanto os usuarios como os profesionais dos coidados de enfermaría, para asumir o reto de recibir e ofrecer, segundo o caso, unha prestación seguindo os modelos culturais en busca dunha atención holística que sexa o resultado dun proceso de interacción entrámbolos dous grupos de actores?

Viuse delimitada deste xeito a investigación aos usuarios e aos profesionais de enfermaría, deixando abertas outras portas polas que acceder en vindeiras ocasións e completar este vistoso mosaico dos coidados profesionais.

Quedou concretada a nosa investigación en dúas partes: unha, na que imos describindo ao longo dos capítulos, cómo ten que ser e porqué o modelo holista de enfermaría polo que apostamos. A segunda, a toma de conciencia dunha serie de factores e mais dificultades que leva consigo a posta en práctica deste modelo; factores tanto estruturais, como ideolóxicos ou actitudinais entre outros, que consideramos son salvables a medio-longo prazo cunha estratexia estudada.

Xustificación

Para a realización deste traballo movéronnos diferentes motivacións. Unha delas ven reflectida nas palabras de Clifford Geertz, quen falaba existencia de dous tipos de información necesarios para a vida dos humanos, unha que nos chega cos

xenes e outra coa cultura (González & Bernalde, 2011). Nosoutros consideramos que no referente aos coidados, a necesidade do estudo da información que nos chega dos xenes está perfectamente cuberta polo modelo bioloxicista; mentres, no canto das necesidades que atinxen ao territorio da cultura, está aínda por ser desenvolvida no noso entorno sociocultural e moito máis no referente ao mundo sanitario; tamén podemos dicir o mesmo no referente aos coidados da saúde que nos atinxen directamente.

Unha vez que entramos a facer unha análise en profundidade da relación entre a enfermaría e a cultura, se ben é certo que encontramos máis ou menos información ao respecto, non ocorreu así no que se refire a coñecer o que opinan os usuarios dos coidados enfermeiros ou os profesionais encargados de impartilos. Con posterioridade, vimos a necesidade de contrastar as opinións destes distintos actores inmersos no mesmo proxecto, cun mesmo obxectivo, tendo como centro ao individuo receptor.

No que respecta ao factor tempo, consideramos que dados os acontecementos dende o punto de vista histórico que viven a disciplina e maila profesión enfermeira no noso país, era este o momento oportuno de realizar esta investigación para coñecer as realidades, empregando como fonte primaria aos actores principais estudados, podendo así abrir a posibilidade de ofrecer unhas estratexias das que partir para levar a cabo as alternativas á práctica profesional dos coidados.

Cando nos propuxemos realizar este traballo, tratamos de resolver un conflito que nos parecía infranqueable respecto ao emprazamento do campo, no que levamos mergullados dende o ano de 1978, como estudantes primeiro e como profesionais máis tarde. A execución da investigación presentábasenos como un labor arduo, incluso nos parecía imposible poder falar e analizar con certa distancia, necesaria para un observador, aquilo que durante tanto tempo formou parte cotiá da nosa principal dedicación, o mundo da enfermaría. Continuaba vixente dentro de nosoutros a idea decimonónica, segundo a que o campo de traballo debe estar distante da propia realidade cultural e mesmo xeográfica do investigador ou polo menos da súa labor cotiá. Tardamos en entender a subxectividade da investigación maila súa importancia. Foi despois de ler a algúns autores, entre eles, Nigel Barley (2005) para darnos conta que o noso relato etnográfico podería resultar de interese precisamente por esta perspectiva *émic* do problema. Quizabes esta foi a nivel metodolóxico unha das leccións aprendidas, entre outras, durante a realización desta tese.

A investigación parécenos que pode resultar de importancia para unha toma de conciencia sobre o lugar no que se encontra a profesión enfermeira, a hora de realizar unha nova definición dun metaparadigma enfermeiro. Esta realidade pódenos levar a unha nova forma de traballo na que os usuarios do sistema, pasen de ser un paciente a ser un usuario consciente e con poder de decisións sobre o seu propio coidado,

deixando atrás as fórmulas empregadas polo sistema biomédico e dando lugar a un procedemento holístico, ao que lle chaman algúns autores “o empoderamento do paciente”.

Chegamos á determinación de que a alternativa que queremos presentar dos coidados de enfermaría ten que salvar unha serie de dificultades, estando situados como profesionais nunha perspectiva idónea para levar a bo porto a súa análise e a realización da formulación de solucións a este problema, que só os propios profesionais poderán realizar.

Obxectivos da presente investigación

Obxectivo xeral

O obxectivo xeral do presente traballo de investigación vai ser explicar a actividade profesional enfermeira no momento actual e maila súa proxección de futuro, inserida na cultura dos usuarios a fin de que estes sexan o cerne real dos coidados profesionais, actuando como individuos activos no seu proceso de coidados.

Obxectivos específicos

Como obxectivos específicos planeamos os seguintes:

- Coñecer diferentes percepcións e imaxes da profesión enfermeira, tanto *émic* coma *etic*.
- Interpretar as diverxencias e puntos en común sobre os coidados dende a perspectiva dos actores principais: usuarios e profesionais.
- Analizar como son as relacións profesionais da enfermaría no actual Sistema Nacional de Saúde no noso país.
- Describir as diferentes correntes paradigmáticas culturais dentro da praxe profesional da enfermaría.
- Amosar se o xénero dos coidadores presenta relevancia, no desenvolvemento dos coidados dentro do actual modelo.
- Formular un marco de actuación, de cara a unha proxección de futuro, para realizar as actuacións precisas e ofrecer alternativas culturalmente competentes dende a profesión dos coidados.

Capítulo 1. Metodoloxía



Fonte da imaxe (consultores.com, 2015)

Porque alí onde encontrei a verdade, alí encontrei o meu Deus, a mesma verdade, a cal non esquecín dende que a aprendín. Así pois, dende que te coñecín, permaneces na miña memoria, e aquí te encontro cando me acordo de ti, deléitome en ti ... Búsqnete eu, para que viva na miña ánima, porque, si o meu corpo vive da miña ánima, a miña ánima vive de ti. (Agustín de Hipona 354-430)



1. Metodoloxía

Neste traballo de investigación realizouse unha planificación inicial que foi modificándose co transcorrer do mesmo. De seguido imos expor como se desenvolveu a realización da presente investigación, así como as diferentes fases polas que pasou (conceptual, metodolóxica e escrita) ate chegar á presente tese de doutoramento.

Dende o primeiro momento, considerouse que a Antropoloxía e a ciencia social idónea para abordar o problema a estudar neste caso, pois esta, ofrécenos unha aproximación cualitativa dos fenómenos que circundan aos coidados enfermeiros. O paradigma cualitativo é, o único, que pode explicar e comprender a realidade que se constrúe non só polos feitos observables ao exterior, se non que tamén forman parte desta construción, as interpretacións e mailos significados e os símbolos dos diferentes actores, que se producen elaborados por cada un deles froito da interacción co contexto.

Observamos que na esfera da saúde, no momento actual, está medrando a investigación cualitativa debido a súa contribución a describir así como analizar as relacións dos profesionais entre eles, cos usuarios e cos coidadores informais; así como co sistema de saúde e as diferentes culturas dos distintos actores que forman parte do mundo dos coidados.

A presente investigación é un estudo exploratorio e fenomenolóxico sobre a realidade dos coidados culturais de enfermaría na provincia de Lugo, que pode ser extensible por semellanza o resto do Servizo Galego de Saúde (SERGAS) e incluso posiblemente ao resto do Estado español, por ser o marco do Sistema Nacional de Saúde (SNS) no que se insire o organismo autónomo galego.

2. Método

Para elaborar este estudo exploratorio cualitativo organizouse o traballo en varias fases: nun primeiro momento realizouse unha busca bibliográfica para coñecer o estado da cuestión; na recollida de datos de campo tomouse o método etnográfico como base; para poder realizar a análise dos datos e chegar a uns resultados empregouse principalmente a fenomenoloxía, por ir este último modelo, directamente o entendemento de cómo as persoas perciben o seu mundo e lle dan un significado permitindo ao investigador descubrir e interpretar á vez as experiencias vividas por

elas. Tamén se tivo presente a Teoría fundamentada, a pesares de que non se seguiu de forma íntegra a súa metodoloxía.

O traballo realizase en fervenza, polo que durante o mesmo proceso de recollida de datos, vai cambiando e tomando novas formas, motivo este polo que non se formula unha hipótese inicial.

3. Material

O material que se presenta neste traballo está formado por datos extraídos da busca bibliográfica, a información recollida no traballo de campo e a xerada pola propia investigación froito da análise da información recadada e elaborada.

3.1. A busca bibliográfica

A información bibliográfica e maila webgráfica realizáronse empregando os descritores: enfermaría, cultura, coidados, antropoloxía, enfermaría transcultural e cultura dos coidados. Realizouse unha primeira peneira empregando os operadores boléanos: y/and, o/or, e os galegos e, ou; estes dous últimos produciron menos resultados. Posteriormente tomáronse os documentos que incidían directamente na cultura e nos coidados, así como na enfermaría, desbotando o resto. Quedando reducidos aos que se presentan na bibliografía.

A busca comeza no ano 2007 e remata no 2015. Co paso do tempo os achádegos bibliográficos foron incrementándose de forma exponencial, chegando a triplicar aos das primeiras recollidas de datos.

Os idiomas nos que se realizou a busca foron:galego, español, inglés e portugués; consultando tamén algúns textos en catalán.

As fontes foron: libros, compilacións, resumos, publicacións periódicas e artigos publicados obtidos en bibliotecas e tamén indexados nos seguintes bancos de datos:

Biblioteca Electrónica Científica Online (SCIELO); Datos Bibliográficos na Área de Enfermaría do Brasil (BDENF); Literatura Latino-Americana en Ciencias da Saúde (LILACS); Base de Datos Bibliográfica da Fundación Index (CUIDEN); Biblioteca de Medicina Americana (MEDLINE); Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME); Biblioteca Virtual del Sistema Público de Galicia (BIBLIOSAÚDE) a través da que se accede a outras bases de datos como é o caso da

hemeroteca da Fundación Dialnet pertencente a Universidade da Rioxa; Biblioteca Universitaria da Universidade de Santiago de Compostela (BUSC).

Consultáronse os Tesauros da Universidade Complutense de Madrid (TDC); da Universitat de Barcelona (UB); da Universitat Rovira i Virgili.

Usáronse fontes da Biblioteca Pública do Estado en Lugo, así como a Biblioteca Municipal.

Tamén se realizou un estudo de hemeroteca, dos que foron extraídos documentos dos xornais locais, El Progreso, La Voz de Galicia, así como de publicacións periódicas, a maioría destas últimas profesionais: Diario Enfermero, Enfermería Facultativa, Diario Médico, Rol de Enfermería ou Nursing.

No referente aos motores de busca utilizados, elixíronse os de acceso libre de forma prioritaria, estes foron: Google, Google Académico ou Scholar e PubMed. Desestimáronse os de subscripción e ocasionalmente utilizouse algún outro de forma totalmente circunstancial, sen maior relevancia para este estudo.

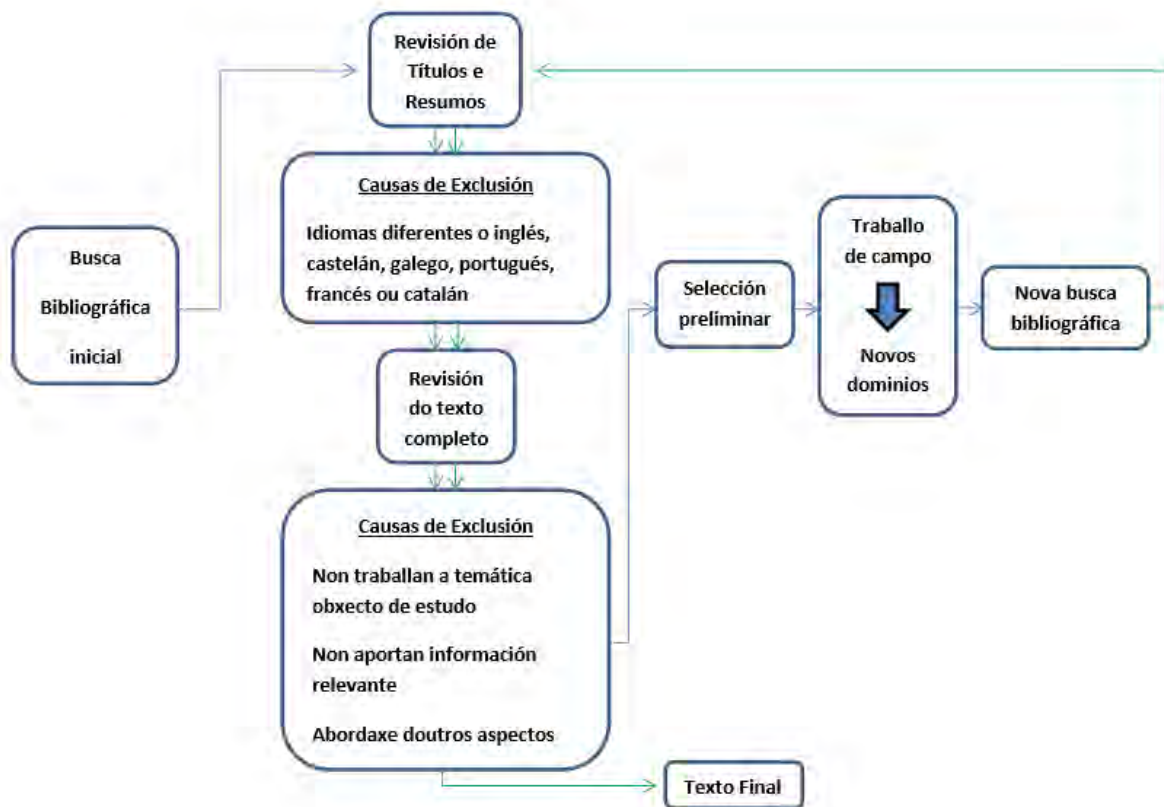


Figura 1. Proceso de investigación bibliográfica durante a realización da investigación.

Fonte: Elaboración propia

3.2. Campo de estudo

O traballo de campo foi realizado no *Hospital Xeral de Lugo*, hoxe *Hospital Universitario Lucus Augusti* (HULA) e máis en nove Centros de Atención Primaria de diversos puntos da provincia de Lugo, escollidos de xeito aleatorio en: Burela, Ribadeo, Monforte de Lemos, Sarria, Guntín, Castroverde, Becerreá e Fingoi (Lugo)

3.3. Unidades de análise

Unha vez obtida a información da mostra a estudo definíronse os criterios para categorizar os datos de forma que resultasen intelixibles, agrupándose nos seguintes dominios:

- Cómo son percibidos os coidados de enfermaría polos usuarios e os profesionais.
- A enfermaría no imaxinario popular e a súa evolución o longo do pasado século.
- Os coidados de enfermaría, unha cuestión de xénero.
- A xerarquía nos coidados.
- Importancia do espazo mailo tempo nos coidados.
- A importancia da técnica no exercicio dos coidados.
- Presente e futuro dos coidados.
- A profesión enfermeira e as canles de comunicación social.

Os dous primeiros, referentes á percepción dos coidados da enfermaría polos actores principais:coidadores e coidados, foron os que deron lugar a formular os catro seguintes que inciden no xénero, na xerarquía, así como no espazo, o tempo e a técnica no exercicio da profesión enfermeira. Posteriormente e unha vez analizado o presente xurdiu a interrogante que cuestionaba cara onde encarar o futuro dende a realzade existente no presente. Foi xa o remate cando se sentiu a necesidade de facer un percorrido polos diferentes canles que inciden na proxección da imaxe enfermeira.

3.4. Grupos de observación e mais de estudo

Os grupos de observación están conformados por usuarios dos servizos de enfermaría, acompañantes, profesionais e alumnos. As condicións que se lles pediron aos informantes foron que tiveran al menos unha relación directa ou indirecta cá enfermaría, competencia e capacidade de comprensión. Tívoise presente que o discurso fose coherente, para a súa validez e autenticidade.

Táboa 1. Clasificación dos informantes por idade e sexo.

FRANXAS DE IDADE (ANOS)	HOMES	MULLERES	TOTAL
18-30	11	7	18
31-40	12	14	26
41-60	12	12	24
61-76	6	8	14
			82

Fonte: Elaboración propia

Os informantes sumaron un total de 81 individuos. As súas idades están comprendidas entre os 18 e os 76 anos, buscando a paridade de xénero: entre 18 e 30 anos, 11 homes e 7 mulleres; entre 31 e 40, 12 homes e 13 mulleres; entre 41 e 60, 12 homes e 12 mulleres; máis de 61, 6 homes e 8 mulleres (Ver táboa 1). Destes: 28 eran profesionais de enfermaría, 20 profesionais con estudos universitarios, 19 profesionais con estudos medios, 6 amas de casa, 6 xubilados e 2 estudantes universitarios (Ver gráfico 1).

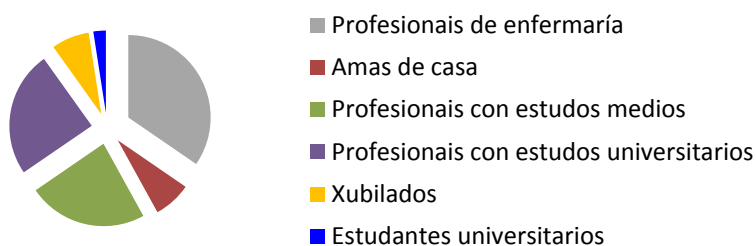


Gráfico 1. Distribución dos informantes segundo a ocupación

Fonte: Elaboración propia

Temos que contar a parte os grupos focalizados de discusión: un formado por usuarios e tres formados por profesionais.

No que respecta ao número de entrevistas veu marcado pola saturación de datos que ofreceron os informantes.

3.5. Planificación

A planificación desta investigación realizouse atendendo ás tres fases que se seguen nas indagacións antropolóxicas:

- Observación e descrición dos acontecementos. Fase Etnográfica.
- Comparación dos datos recollidos. Fase Etnolóxica.
- Análise, explicación dos fenómenos observados e teorización xeral. Fase Antropolóxica.

O estudo realizouse en ferverza dun xeito emerxente, a medida que vai evolucionando a busca e segundo os novos datos que se van encontrando. Superpóñense as etapas e as tarefas no tempo (Ver Cronograma Anexo I).

Táboa 2. Secuencia de tarefas

TAREFAS	INTERVALO
Planificación	Outubro 2006 - decembro 2007
Busca bibliográfica	Febreiro 2007 - decembro 2015
Traballo de campo: <i>Fase Etnográfica</i>	14 - 31 marzo 2008, 9 - 27 de xuño 2008, 1 - 15 abril 2009, 8 - 26 xuño 2009, 4 - 15 xaneiro 2010, 24 - 31 marzo 2010, 1 - 16 xullo de 2010, 4 - 15 xuño de 2012, 16 decembro 2013 - 30 Xaneiro 2014
<i>Fase Etnolóxica</i>	Setembro 2011 - xullo 2012, 2 - 10 xaneiro de 2014
<i>Fase Antropolóxica</i>	Xullo 2012 - Marzo 2014
Estrutura e Organización da monografía	Decembro 2013 - marzo 2014
Redacción e escritura	Febreiro 2014 - xaneiro 2017
Elaboración da presentación	Novembro 2016 - febreiro 2017

Fonte: Elaboración propia

3.6. Instrumentos de recollida de datos

- Observación participante. Esta é a ferramenta etnográfica de elección, empregada pola antropoloxía, como medio de aproximación personalizada ao problema investigado.
- A entrevista é unha estratexia empregada en antropoloxía tan importante como a anterior, que nos achega aos individuos, o seu xeito de pensar e sentir. Dependendo do control que exerce o entrevistador durante a mesma, encontramos diferentes tipos de entrevistas. Nesta investigación utilizáronse:
 - Entrevistas informais. Estas foron realizadas sen control estrutural, escoitando o que dicían os informantes dun xeito libre.
 - Entrevistas abertas ou non estruturadas. Realizáronse cun mínimo control, suxerindo un tema. A idea é que o informante realice un relato

expresándose nos seus propios termos e seguindo o seu propio esquema, interesándonos o discurso e o seu xeito de expresalo.

Entrevistas en profundidade semiestruturadas. Vaise propondo ao informante un guión. Interésanos o seu discurso expresado en unha forma libre.

- Grupos focalizados. Utilizáronse para realizar as exploracións iniciais. Foron abertos na súa estrutura. Utilizáronse para descubrir problemas e posteriormente ir fixando as liñas a seguir na investigación.
- Análise iconolóxico, das imaxes tomadas como mostra dun xeito aleatorio, tanto de obras de artistas, como de publicacións periódicas, en mass media ou nas TIC: internet ou redes sociais. Realizando non so unha descrición das imaxes, se non de estudar tódolos seus aspectos, comparados e clasificados segundo os significados e interpretacións.

3.7. O traballo de campo

Unha vez realizada a busca bibliográfica sobre a materia, comezamos a realizar o traballo de campo. Utilizouse a observación participante como método principal para recoller os datos, segundo a seguinte estrutura:

- A. Comezouse pola observación que se realizou en diversos centros sanitarios, tomados de xeito aleatorio, facendo a propia presentación como profesional e levándoa a cabo en diferentes espazos, dependendo dos actores que se buscasen nese momento.
- B. Realizáronse á vez entrevistas non estruturadas a informantes tomados de forma aleatoria, co denominador común que fosen usuarios; outra variable foi que nalgún momento realizasen a labor de acompañantes de usuarios dos servizos de enfermmería, na Atención Primaria (AP) ou na Atención Especializada (AE). O último grupo foron profesionais de enfermmería, divididos tamén en dous subgrupos atendendo ao lugar no que desenvolven a súa tarefa no primeiro ou no segundo paso de atención. Pártese de tres interrogantes principais, que van dar lugar a outros novos a medida que se vai desenvolvendo a conversa. Estes interrogantes foron: Qué lle gusta da profesión enfermeira? Qué non lle gusta? Qué cambiaría?
- C. Ao mesmo tempo traballouse con grupos de discusión focalizados: un deles formado por usuarios, tomados de xeito aleatorio. O grupo estivo formado por

dúas mulleres e tres homes, reuniuse unha vez durante unha hora e cinco minutos.

Outros tres grupos foron de discusión focalizados, formados con profesionais da enfermaría e conformados por cinco persoas. Cada grupo formouse con seis profesionais dos que, un dos grupos analizou aos usuarios, outro aos acompañantes e outro aos profesionais. A cada grupo propúxoselle que cada un dos seus membros falase con catro individuos a estudo e que fixese unha catalogación dos datos recollidos. Cada membro do grupo expuxo eses datos e esas categorías no seu grupo, elaborando unhas novas categorías. Posteriormente os tres grupos xuntos expuxeron os seus datos e elaboraron unhas novas categorías, obtendo finalmente unhas categorías novas e unhas conclusións respecto o tema tratado. Cada grupo, reuniuse tres veces durante unha hora e trinta minutos, cada vez. Cada un dos seus compoñentes tiñan mínimo de cinco anos de experiencia como profesionais de enfermaría en diferentes servizos de AP e ou AE.

- D. Posteriormente, e partindo das diferentes categorías que se foron establecendo no paso anterior, pásase a realizar unha entrevista semi-estruturada, pretendendo que fose esta en profundidade. Os informantes foron seleccionados en función da relevancia da información que se estimou poderían aportar á investigación. Escolléronse despois de estar presentes en algún dos grupos focalizados ou ben despois de realizarlles unha entrevista non estruturada. As entrevistas en profundidade, realizáronse a seis usuarios dos que tres foron homes e tres mulleres; a cinco profesionais, dos que dous foron homes e tres mulleres; todos/as con diferentes experiencias no contacto cos coidados de enfermaría.

3.8. Procesamento da información e análise de datos

As entrevistas deseñáronse de xeito aberto coa finalidade de suscitar interese e que os suxeitos entrevistados puidesen expresar os seus puntos de vista empregando un discurso propio, pero sen apartarse do marco de referencia do investigador. O investigador abstívose de facer avaliacións antes de tempo, pondo en práctica un estilo non directivo de conversa.

Nas entrevistas utilizáronse tres preguntas estruturadas, que deron pé a outras novas, en fervenza, segundo ía transcorrendo a conversa, tal como estaba previsto. Facilitouse que cada un dos informantes relatase a súa propia experiencia persoal, para posteriormente poder realizar unha análise do discurso.

No caso do grupo focal socializado de usuarios partiuse do seguinte interrogante: Escoitou a outros, ou ten vostede algunha experiencia propia para contarnos en referencia ás atencións da enfermaría recibidas no seu centro de saúde ou no hospital?

Nun primeiro momento o material recollido foi clasificándose por categorías(unidades de análise). A análise do discurso realizouse a partir da transcripción do material de audio para posteriormente ser plasmado no corpo teórico do presente estudo e finalmente realizar a discusión tomando como base metodolóxica a *Fenomenoloxía*.

As imaxes foron analizadas empregando a iconoloxía para o seu estudo e clasificación, coa finalidade de coñecer o grao de influencia da imaxe dos profesionais que se transmite a través das canles de comunicación.

Para rematar, dende o punto de vista da Antropoloxía Aplicada e despois de vistas as conclusións, plasmáronse diversas propostas empregando a imagoloxía como base para formular as diversas intervencións que se propoñen como colofón.

3.9. Redacción e escritura

O último paso foi o da escritura e redacción do presente estudo, para posteriormente dar a coñecer os resultados obtidos, así como as conclusións.

A escritura, a pesares de ser algo cotiá non deixa de ter as súas complicacións. Unha vez elixido o idioma galego, por ser un dos oficiais na nosa comunidade, ademais de ser o idioma de uso habitual do investigador no seu trato cos usuarios do sistema sanitario, presentouse tamén o interrogante sobre o idioma a empregar para plasmar o material extraído da bibliografía. Por unha banda, parecía poder empregarse o idioma orixinario, en caso de ser este o castelán, dada a súa comprensión pola comunidade a quen vai dirixido. Por outra banda, considerouse que podería romper en exceso a uniformidade lingüística do texto, facendo que a súa lectura fose máis dificultosa ao cambiar de rexistro continuamente, incluso no mesmo parágrafo.

Consultada a opinión dos especialistas a este respecto decantámonos pola opinión de Tomás Melendo Granados: “O idioma da cita textual será ... aquel no que se redacta a tese ...” (Melendo, 2012, p. 55). Como ademais se da o caso que se empregaron outros idiomas ademais do castelán, optouse por tanto, por realizar a tradución dos textos dos diferentes idiomas empregados na investigación ao galego, de xeito que sen alterar o seu contido, fíxese a lectura máis amena e doada. O mesmo criterio se empregou cos gráficos e figuras. Resta dicir a este respecto que as traducións son propias e nelas non se realizou ningún retoque.

Seguindo o mesmo autor, non foi o mesmo criterio o empregado en canto ás citas dos informantes, extraídas do traballo de campo. “Nalgunhas ocasións moi extraordinarias, en función da relevancia do texto orixinal ou da imposibilidade de captar tódolos seus matices ao vertelos ... é lexítimo -e inclusive conveniente- citar no corpo do traballo a versión en lingua orixinal” (Melendo, 2012, p. 56). Si ben é certo que un importante número da poboación tomada como mostra empregan o galego sen axustarse, nas súas expresións, ás normas vixentes da Real Academia Galega da Lingua, na transcripción respectouse o idioma empregado polo informante, estivese este en calquera rexistro, a fin de que non perdesse forza o seu discurso e poder interpretalo dun xeito claro, sen que houbera perigo de contaminación interpretativa por parte do investigador. Debemos ter presente que estes discursos non contan co apoio, que supón a continuidade e claridade expositiva coa que contan as obras publicadas, axudándonos o contexto da obra para poder interpretar determinados parágrafos. Temos que valernos neste caso do contexto no que foron recollidas as súas palabras e na forza destas.

Cremos deste xeito poder ofrecer unha linguaxe cómoda e clara, para que ao lector lle resulte agradable á vez que ilustrativa, sen perder a calidade científica que posúen os diferentes discursos aquí empregados.

No que respecta á metodoloxía de citación bibliográfica que se toma, axustase o modelo Asociación de Psicoloxía Americana (APA), empregando a 5ª edición corrixida no ano 2009.

3.10. Tempo

O investigador tivo que compatibilizar o exercicio da profesión enfermeira coa realización da investigación, isto obrigou a que fose imposible realizala de forma continuada, empregando os fins de semana para realizar o traballo de gabinete e dedicándolle as xornadas de libranza e de vacacións á realización do traballo de campo. Este factor supuxo unha das limitacións máis importantes para a realización deste estudo.

3.11. Ética da investigación

Despois de informar a cada unha das persoas seleccionadas para realizar o estudo, solicitouse o seu consentimento. Tamén se informou aos participantes que as respostas e os datos obtidos durante as entrevistas e os grupos de estudo tiñan un carácter de anonimato así como garantías da súa confidencialidade.

O proceso de procedemento informado realizouse de forma oral persoalmente. Os informantes manifestaron non precisar información por escrito nin asignación de

contrato dado que consideraron que a súa imaxe e a súa persoa non se vían comprometidas en absoluto.

Así mesmo tívose presente a voluntariedade, sen existir ningún tipo de presión externa, sobre os individuos seleccionados, para participar no presente estudo.

A información intercambiada considerouse suficiente e comprensible, no momento de realizar o procedemento informado.

4. Estrutura e organización

Explicaremos cómo foi estruturada e organizada esta tese doutoral, co obxecto de amosar ao lector como se plasmaron no texto os resultados da investigación que se levou a termo.

No Limiar, pártese das palabras de Medina Moya (2005), quen sinala que para entender dunha forma axeitada o senso dun problema de investigación calquera, é imprescindible contextualizalo nos marcos teóricos e nos ámbitos disciplinares aos que pertence. Se non se desexa deshumanizar ese proceso, resulta imprescindible situar o problema na biografía intelectual e experiencial da persoa que leva a cabo a investigación. Todo proceso de investigación pertence a un tempo e un lugar determinado, que neste caso se sinalarán máis adiante; e por último, como ingrediente final, amosar unha historia persoal, intelectual, social e cultural única e idiosincrásica. “Facer entendible o problema de investigación é narrar o seu proceso facendo audible a voz do investigador. Detrás de toda teoría sempre hai unha biografía” (Medina, 2005, p. 18).

Fíxose a presentación do investigador e mais do tema a tratar, a súa xustificación e delimitación, o estado da cuestión para rematar co obxectivo xeral e mailos específicos que se pretenden acadar.

4.1. Capítulo 1. Metodoloxía

Nesta primeira parte, ofrécese unha explicación de cómo foi realizado este traballo, que metodoloxía, así como que documentación foi empregada, os diferentes pasos que se foron dando, para rematar cunhas breves notas da estrutura de presentación da presente investigación.

4.2 . Capítulo 2. A enfermaría e as distintas teorías epistemolóxicas. Os modelos de enfermaría

Neste capítulo partindo da definición que tomamos de coidado, pomos sobre a mesa unha análise da historia dos coidados, ate chegar ao momento actual. Tamén son analizados os conceptos de cultura e das diferentes visións de abordaxe e concepción da saúde e a enfermidade. Continuamos realizando un achegamento as diferentes esferas, que se relacionan ou influencian directamente co mundo dos coidados.

Os paradigmas e as diferentes esferas que se expoñen neste capítulo resultan de gran interese para poder comprender o vertido da información de campo e posteriormente realizar un tratamento da situación actual da profesión enfermeira.

Rematamos expondo diferentes modelos e teorías dos coidados culturais, que poden ofrecer unha alternativa a como se veu desenvolvendo a xestión tradicional da profesión enfermeira.

As intervencións deberán ser múltiples e nas diversas áreas que se analizan neste capítulo, non abonda tratar só algúns paradigmas dun xeito illado. Para mellorar a situación da que partimos, a enfermaría biomédica, precisamos abrir unha fronte e realizar unha actuación global e particular de cada paradigma e cada área, así como sobre os diferentes actores implicados no proceso dos coidados de enfermaría.

4.3. Capítulo 3. Percepción popular dos coidados de enfermaría

Este apartado está dedicado a plasmar o traballo de campo, no que se refire ao material ofrecido polos usuarios e mailos acompañantes que se tomaron como informantes, e que nos ofreceron a súa visión sobre o mundo dos coidados, centrándose nos profesionais da enfermaría. Establécense diferentes categorías que influencian o exercicio da profesión enfermeira: o xénero, a xerarquía, os coidados biomédicos e os coidados culturalmente competentes, como son percibidos os coidados profesionais de enfermaría polos usuarios e como cren, estes, que deberían de ser.

4.4. Capítulo 4. Visión profesional dos coidados

Neste capítulo pasamos a realizar unha análise do pensamento dos profesionais da enfermaría sobre os coidados profesionais que ofrecen ao usuario. A vez pescudamos a coherencia entre o que din e o que fan. Podemos observar a visión que os profesionais teñen sobre si mesmos, continuando co esquema do capítulo anterior, analizando a influencia do xénero no desenvolvemento do traballo e máis da profesión, a xerarquía dos coidados nun modelo biomédico, o espazo e mailo tempo como factores importantes no momento de ofrecer os coidados profesionais aos usuarios, a influencia da técnica e a súa importancia. Tamén neste apartado se fai unha análise de cómo conciben o futuro da profesión as enfermeiras/os. Para rematar analízase dun xeito livián a imaxe da enfermaría tanto social como profesionalmente e como estas dúas visións se retroalimentan para ben ou para mal.

4.5. Capítulo 5. A enfermaría diante do espello das canles de comunicación

Neste capítulo realízase un análise a “vuela pluma”, facendo un percorrido polos diferentes canles que contribúen a construír as imaxes populares sobre unha profesión, neste caso a enfermaría. Destacando como as canles que maior poder exercen nestes momentos os mass media e as TIC. Despois de analizar a importancia da visión que ofrece a profesión e os profesionais, a luz de diversos autores, tómanse “fotografías” que con frecuencia encontramos a través destas canles, aplicando a parte polo todo, na análise da súa importancia na construción da imaxe tanto popular, como a que os propios profesionais se constrúen da enfermaría.

Chegouse á conclusión da gran relevancia e peso que esta imaxe de elaboración artificial posúe na hora da creación de estereotipos que hoxe en día acompañan á profesión enfermeira e os seus profesionais en detrimento do bo exercicio da súa praxe cotiá nos seus centros de traballo.

4.6. Capítulo 6. Discusión e conclusións

Trátase aquí de realizar unha discusión que conxugue as visións dos dous grupos de actores principais e directamente implicados nos coidados de enfermaría: usuarios e profesionais. Mostramos unha confrontación de pareceres despois de realizar a interpretación dos resultados. Facemos reinterpretación conxunta das ideas

consideradas máis relevantes, apórtanse posibles solucións aos problemas máis relevantes encontrados no desenvolvemento desta investigación e chegamos a unhas conclusións que deixan a porta aberta a novas investigacións.

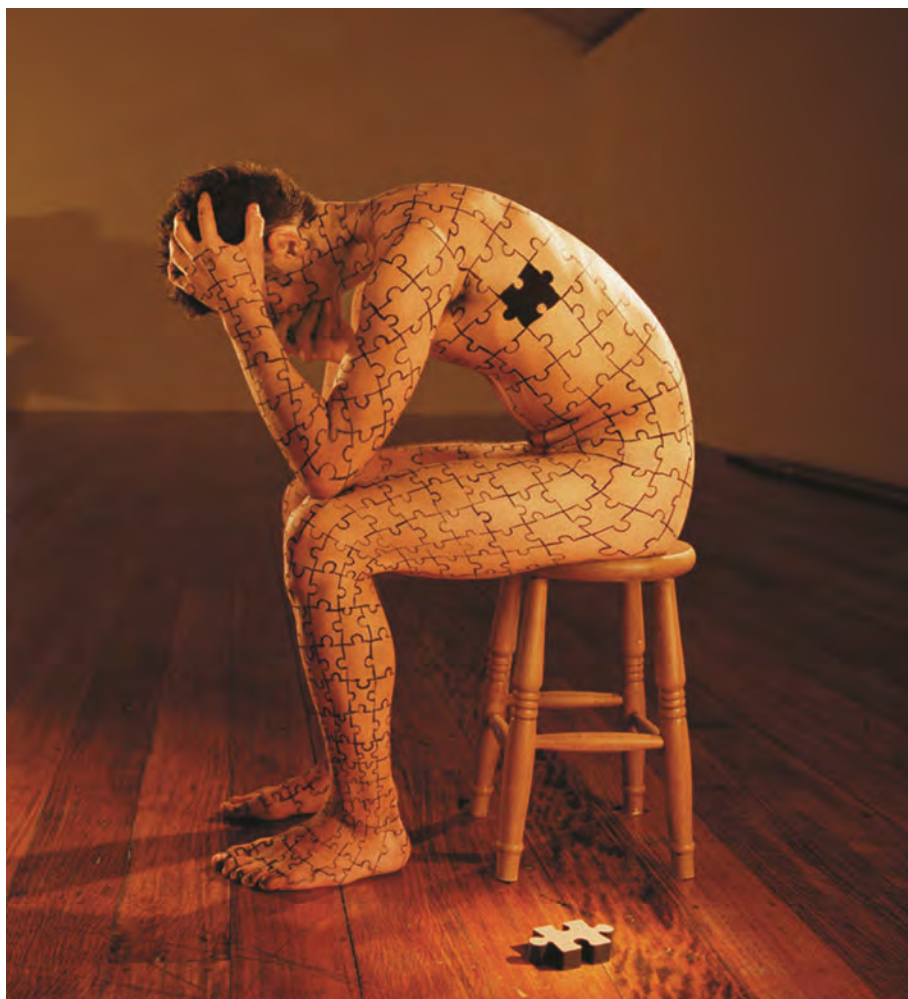
4.7. Relación de bibliografía e webgrafía

Rematamos dando conta da bibliografía e mais da webgrafía, así como dos documentos de hemeroteca consultados e empregados para a elaboración desta investigación.

4.8. Anexos

Preséntase información que si ben non resulta relevante para a exposición desta tese, si amplía ou ofrece documentos empregados, para o seu desenvolvemento, que poden resultar curiosos e interesantes para a súa consulta: cronograma do desenvolvemento do presente estudo, relación dos informantes dos que se tomaron os datos no traballo de campo e outros documentos empregados para á súa análise, que si ben teñen relevancia, non forman parte do corpus teórico de xeito directo.

Capítulo 2. A enfermaría e as diferentes teorías epistemolóxicas.Os modelos de Enfermería



Puzzle (Clyro, 2007)

Quen non sabe o que busca non entende o que encontra (Claude Bernard 1813-1878)



2.1. Preliminares

Neste momento de cambio no que nos encontramos tanto a nivel económico, político, social, ambiental, tecnolóxico así como do mesmo pensamento, a profesión enfermeira, está a pasar dun vello modelo a unha nova concepción paradigmática dos coidados. Por este motivo, imos realizar unha análise do punto no que se encontra e como foi que chegou ate aquí, co gallo de continuar avanzando polo camiño do coñecemento deste, novo e vello á vez, mundo dos coidados.

A persoa, integrada nun mundo de globalización, debe deixar de ser un mero espectador pasivo para converterse nun actor activo, cerne dos coidados.

Á hora de planear alternativas á nosa situación profesional e política temos que coñecer situacións e países similares ao noso. O reto da contemporaneidade é fundamental para unha enfermaría progresista que non quere quedar no vagón de cola do desenvolvemento.

Para avanzar nese progreso imprescindible, a profesión enfermeira ten a obriga histórica de recapacitar acerca dos derradeiros tempos, nos que realizou cambios de gran transcendencia, e pararse a pensar se estes cambios levaron a unha mellor calidade de vida das persoas ás que atende (Antón, 1998, p. 11).

Imos comezar realizando unha definición dos conceptos básicos que manexaremos no presente estudo, para continuar cunha análise dos cambios que se produciron nos coidados dende a etapa doméstica ate o presente. Non imos esquecer nesta evolución os diferentes modelos seguidos na praxe cotiá da profesión.

Como parte imprescindible no presente estudo, realizaremos unha incursión na esfera da cultura co fin de atopar puntos de encontro coa disciplina enfermeira, así como examinar a posibilidade de enunciar unha aplicación cultural, humanística ou holística no mundo dos coidados. Terase sempre presente a universalidade da enfermidade e a particularidade dos coidados, non só en diferentes culturas se non tamén dentro da mesma, atendendo as particularidades das diferentes comunidades, familias e persoas dun xeito particular e individualizado. *“Aínda que o nacemento, a morte e mailas enfermidades son universais, o xeito en que a xente percibe as súas experiencias e manexa as enfermidades está baseada en como eles as explican”* (Lipson, 2000, p. 21).

2.2. Definición do coidado

Debemos de ter sempre presente que na linguaxe, as palabras conteñen significados, á vez que van cargadas dunha emoción que nos leva a reaccionar dun determinado xeito, en función das experiencias vividas pola persoa como ente mergullado dentro dunha cultura. Estamos dándolles polo tanto unha interpretación cultural pero á vez individual e oculta a cada unha delas, polo que adquiren un valor simbólico individualizado.

Tal vez unha primeira abordaxe do senso central do coidado encontrase na súa etimoloxía. Como nos advirten os filósofos, as palabras están cheas de significados existenciais. Nelas os seres humanos acumularon incontables experiencias, positivas e mais negativas, experiencias de busca, encontros, certeza, perplexidade e incursións no Ser. Necesitamos desentrañar a riqueza oculta das palabras. Polo xeral, as palabras nacen dentro dun nicho de sentido orixinario, a partir do cal se desenvolven outras significacións afíns. Así parece ocorrer coa orixe da palabra “coidado”(Boff L. , Saber cuidar, 1999, p. 73).

Para coñecer o significado de coidado temos que ir a orixe da verba no latín clásico. Segundo Jose Maria Mir (1999) encontramos a palabra cogitare como participio de cogitatus, coas acepcións de pensar, reflexionar, pensar nun, nunha cousa. Na súa evolución, foi tomando o significado de interese que un pon en algo, para acabar significando, pensarse a si mesmo e aplicarse tamén aos outros.

O problema de coidar “ter cura de algún o algunha cousa” e coidarse (de si). O verbo coidar provén do cogitare “pensar” ... “pensar, xulgar”, “estar a punto (de facer unha cousa)”... Na formación do significado no castelán moderno de “coidar a unha persoa, a un enfermo, unha casa”, parece terlle dado o uso do sinónimo pensar: pensar dunha persoa, pensar dunha cousa que ten o senso de “coidar” que nos interesa (Cabré, Prat, & Joan, 2008, p. 21).

Segundo Coromines ten a súa procedencia da verba cogitare, que ven a ter un significado de pensar, prestar atención, e posteriormente asistir a alguén.

A Real Academia da lingua Galega (RAG, 2015) respecto a verba coidar, recolle as acepcións de, crer, pensar.

No dicionario de María Moliner (Moliner, 2008) atopamos tamén a acepción de atender a un enfermo.

Observamos como o significado do coidado na Idade Media aínda non tiña evolucionado cara ao que hoxe coñecemos nas linguas modernas. *“Na Idade Media coidar ten sempre o significado de pensar, xulgar. Nos idiomas modernos o énfase reflexivo foise perdendo e púxose o acento nun sentido asistencial, protector, de axuda e de colaboración”* (Botero, 2006, p. 15).

Outra palabra relacionada é a de cura, que segundo Jose Maria Mir (1999) conta coas acepcións de coidado, solicitude, inquietude, ocupación, o que coida a outros, gardián e intendente. A continuación podemos observar as anotacións que fai Leonardo Boff respecto a esta verba.

Segundo os dicionarios etimolóxicos clásicos, para algúns estudosos a palabra “coidado” deriva do termo latino cura. Esta palabra é un sinónimo erudito de “coidado”, usada en traducións do alemán de Ser e tempo. Na súa forma máis arcaica cura en latín escribíase *coera* e era usada nun contexto de relacións de amor e amizade. Expresaba a actitude de coidado, desvelo, preocupación e inquietude pola persoa amada ou por un obxecto de estimación (Boff L., Saber cuidar, 1999, p. 74).

Comezamos esta monografía transcribindo a fábula CCXX de Hixinio na que mitolóxicamente no nacemento do home, Xúpiter encarga a Cura que o acompañe durante toda a súa existencia. Esta idea será recollida con posterioridade polo filósofo Heidegger.

Para Heidegger a “cura” ten un dobre significado: “hingable” (entrega) e “sorgen” (coidado). A cura, pois, aparece como a figura feminina que metaforicamente fai posible o parto do home e, detrás da existencia deste, transfórmase na súa coidadora. A cura é a entidade “feminina” que modela o ser mediante arxila (terra) e a mediadora que lle facilita o espírito (Xúpiter) acompañándoo ate a súa morte, en forma de coidados. O emprego da verba cura e coidado en Heidegger dende a perspectiva etimolóxica é máis correcta que o emprego dissociativo que nos nosos días está máis difundida en medicina e enfermaría.

Do antedito dedúcese que o concepto “coidado” ten un enorme potencial semántico que debe ser empregado para desenvolver de forma epistemolóxica a disciplina enfermeira (Siles & Solano, El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería, 2007, p. 24).

O coidado ten unha significación particular non só atendendo á persoa receptora, se non tamén segundo a persoa que o realiza tal e como nos relata Boff (1999), *“O coidado xurde só cando a existencia de alguén ten importancia para mín. Entón paso a dedicarme a el; dispóñome a participar do seu destino, das súas buscas, dos seus sufrimentos e mais dos seus éxitos, en definitiva: da súa vida”*.

Collière (1993) define o coidar como un acto de vida no senso de que coidar representa unha infinita variedade de actividades dirixidas a manter, conservar a vida e permitir que esta se continúe e reproduza. *“Coidar é un acto individual, que se da un a si mesmo cando adquiriu autonomía, ao mesmo tempo, é un acto de reciprocidade que se tende a dar a calquera persoa que, temporal ou definitivamente, require axuda para asumir as súas necesidades vitais”* (Collière, 1993, p. 234).

O coidado como o concibía Heidegger, pode ser a posibilidade de que o ser encerrado en si mesmo se abra o mundo (Heidegger, 1998, p. 268). Nesta visión incide Boff, polo que, entendemos o coidado como apertura, comunicación do individuo co mundo que o rodea, tomando o coidador como interlocutor primario.

Somos conscientes da universalidade do coidado e da súa complexidade que se fai maior a medida que vai avanzando a evolución do universo nos humanos, aínda procedendo dun pasado ancestral que podemos citar na nosa orixe como mamíferos *“...O coidado fíxose máis complexo cando xurdiron os mamíferos, de onde tamén vimos nosoutros, fai 125 millóns de anos, e con eles o cerebro límbico, o órgano do coidado, do afecto e do entenrecemento”* (Boff L., 2002, p. 236).

No que respecta ao xénero humano o coidado é un fenómeno universal, inflúe en como pensan, se senten e se comportan as persoas entre elas.

O coidado na súa abordaxe mas ampla consiste nunha forma de ser e estar con outros, posúe características existenciais e contextuais (modo de ser) e (estar con), de tal forma que o coidado visualízase en dúas dimensións: fenomenolóxica e holística ... a través do coidar o ser humanízase; o coidar favorece o empoderamento, o crecemento e a realización da nosa humanidade (Waldow, 2013, pp. 53-62).

2.2.1. Coidado enfermeiro

As verbas que empregamos, no mundo occidental, neste momento para designar a esta profesión son enfermaría e nursing. Ao realizar unha busca da etimoloxía destas verbas, encontramos as súas particularidades. O termo *enfermaría*, procede da verba

latina *infirmas* (enfermidade). Atribúeselle á actividade do coidador que está relacionada nun primeiro momento da humanidade coa supervivencia en especial os coidados durante o parto, da lactancia, e a crianza. Posteriormente ampliase ao coidado dos enfermos. O termo empregado no mundo anglosaxón *nursing*, tamén é de orixe latina, da verba *nutrire* (alimentar) a súa aplicación é para falar da *nutrix*, como muller que cría, entendéndose máis tarde como muller que coida. *“Dedúcense dous factores transcendentais na historia da enfermaría: que a gran protagonista é a muller, así como a importancia dos coidados directamente implicados na satisfacción das necesidades de supervivencia en xeral e da alimentación en particular”* (Siles, Historia de la enfermmería, 1999, p. 17).

Os coidados, dende o punto de vista histórico e na acepción que tomamos, están relacionados coa supervivencia, polo tanto cos coidados do parto, da lactancia, do destete, da crianza, circunstancia esta que nos fai sinalar á muller como protagonista principal, no exercicio de tales practicas. Temos así delimitados os coidados domésticos. Con todo, é importante recordar o papel que xogan: o home proxenitor, o xefe do clan, ou mesmo o bruxo/a da tribo. Estaríamos a falar dos coidados técnicos, máis ou menos profesionalizados, froito do empirismo.

O coidado é obxecto de estudo á vez que o cerne da disciplina enfermeira que se fundamenta no ser, o facer, e o deber ser, de tal xeito que permita dar novos significados á praxe cunha visión humanística. O coidado é o elemento distintivo e unificador que diferencia a enfermaría doutras disciplinas.

O coidado enfermeiro é un coidado profesional administrado polo persoal de enfermaría, formado e capacitado para ofrecer estes servizos. Dende o punto de vista enfermeiro os coidados estudáronse dende múltiples perspectivas profesionais.

O Consello Internacional de Enfermería (CIE) na década dos oitenta, fai unha definición na que sinala campos de actuación da enfermaría, en moitas ocasións relegados ata o momento. Sinala como funcións esenciais da enfermaría a defensa, o fomento dun entorno seguro, a investigación, a participación na política de saúde e na xestión dos pacientes, os sistemas de saúde e a formación.

Observamos neste discurso como o organismo internacional, pon especial énfase na intervención e participación activa dos profesionais dos coidados en diferentes ámbitos relacionados directamente co mundo dos coidados, como son: a defensa ecolóxica do entorno, a realización dunha política na que se teña en conta a saúde dos cidadáns dun xeito prioritario, a intervención social e cultural. Os obxectivos son a promoción da saúde e a prevención da enfermidade, os coidados dos enfermos e discapacitados e a atención ás persoas moribundas.

A enfermaría abarca os coidados, autónomos e en colaboración, que se prestan ás persoas de tódalas idades, familias, grupos e comunidades, enfermos ou sans, en tódolos contextos, e inclúe a promoción da saúde, a prevención da enfermidade, e os coidados dos enfermos, discapacitados, e persoas moribundas. Funcións esenciais da enfermaría son a defensa, o fomento dun entorno seguro, a investigación, a participación na política de saúde e na xestión dos pacientes e dos sistemas de saúde, e a formación (Consejo Internacional de Enfermeras , 2015).

Os diferentes tipos de coidados que se prestan a un individuo poden incluírse dentro de dous grupos: domésticos e técnicos. Os domésticos poden ser impartidos pola familia ou os profesionais de enfermaría, mentres que os técnicos só poden impartilos profesionais cualificados nestas disciplinas.

Dependendo da concepción que teñamos, podemos falar de diferentes tipos de coidados de enfermaría: biomédicos, holísticos, humanísticos ou culturais.

Para que a enfermaría tomase como alicerce no desenvolvemento dos seus paradigmas o coidado, foi preciso dotar a esta acepción dun sentido acorde cos tempos e cunha amplitude que puxese límite ás accións enfermeiras tanto na teoría como na praxe asistencial. Así as cousas, tómase como definición de coidar o prestar atención integral ou holística ao individuo ou ao paciente, non por tarefas, o traballo en cadea, se non personalizado en cada un dos usuarios da atención enfermeira.

Os novos paradigmas enfermeiros contemplan o concepto do ser humano dun xeito integral, tendo presente que a condición humana é a un tempo física, biolóxica, psíquica, cultural, social e histórica. Estas condicións deben estar presentes á hora de ofrecer uns coidados holísticos e non só facer énfase nos aspectos biolóxicos ou como moito nos biopsicolóxicos.

O coidado cultural atende a un modelo de coidado dos profesionais de enfermaría, tendo presente os conceptos que en cada sociedade definen a saúde, enfermidade, vida e morte, os procesos patolóxicos, que profesionais os imparten e a qué actores solicitar os coidados.

Os coidados integrais e mailos holísticos, son os que contemplan o conxunto, a globalidade do individuo ou grupo, non só o problema en si. Os integrais consideran as partes do todo sen alterar a este. Os holísticos consideran a relación das partes co todo, tendo presente que a variación dunha delas altera a unidade que conforman. Estes coidados están a cargo de profesionais cualificados e especialmente sensibles, considerando ao individuo humano como un ser holístico e non como un ente bio-psico-social fraccionado. Así mesmo, consideran que o individuo transcende seu propio

corpo, á súa propia mente e considérao como un ente cultural e social ao que coidar na súa totalidade.

Podemos dicir que a enfermaría e os coidados profesionais que esta ofrece, non son unha excepción, e van depender da cultura, co significado que isto ten e que iremos desenvolvendo no transcorrer deste traballo. Na década dos cincuenta do pasado século Leininger como enfermeira e antropóloga desenvolve a Teoría da Diversidade e da Universalidade Cultural dos Coidados, con raíces na teoría funcionalista e na antropoloxía cultural.

O concepto de coidados é a esencia da profesión enfermeira, o dominio central unificado e dominante o que diferencia a enfermaría de calquera outra disciplina sanitaria. Considera que o coidado é universal, aínda que os procesos e resultados e os resultados dos métodos dos coidados, varían dunha cultura a outra (Leininger M. , 1991, pp. 94-97).

Os coidados culturais son imprescindibles para a recuperación da saúde, dado que, segundo Leininger (1999), non pode haber curación sen coidado previo, o que si que pode haber é coidado sen curación.

Os coidados culturais constitúen xunto cos valores, crenzas e xeitos de vida aprendidos e transmitidos de forma obxectiva que axudan, dan pulo, facilitan e capacitan a outras persoas ou grupos a manter o seu estado de vida e benestar, a mellorar así a súa situación e estilo de vida, afrontar enfermidade, a discapacidade o a morte; alude tamén a variación e/ou diferenza que existe nos significados, modelos, valores, modos de vida e símbolos relacionados co coidado, dentro dunha colectividade entre grupos humanos distintos (Andrews & Boyle, 2012, pp. 10-31).

2.2.2. Enfermaría: profesión e disciplina

O termo profesión fai referencia a un campo especializado no mundo laboral que se basea na estrutura teórica da ciencia dunha disciplina, así como nas súas habilidades prácticas.

O termo disciplina é específico do mundo académico. Nel faise referencia a un campo do saber e mailo xeito de formar e transmitir os coñecementos.

As profesións xorden nas sociedades modernas a partir do século XVIII, Dingwall (2004) sinala que, as ocupacións refírense a traballos comúns manuais e diferéncianse

das profesións en que estas se establecen, pola confianza que lles ten a sociedade á que prestan os seus servizos. Entre os factores que influíron neste recoñecemento de profesións encontramos: o modelo económico neoclásico, a cantidade de tempo preciso para adquirir as habilidades e o xuízo específico, a continuidade do emprego e a probabilidade de éxito. O carácter moral das profesións é distintivo xunto a unha respectable reputación pública e demandase honradez dos que a profesan, baseándose fundamentalmente nunha relación de confianza.

As profesións tal como son concibidas actualmente estruturáronse en base a segmentación da produción do coñecemento e de elaborar regras para o seu propio exercicio, baseándose na formación académica, perfilándose como estruturas sociais autónomas e lexítimas (Fernandez, 2008).

A enfermaría foise facendo como tal a través do tempo, se ben é certo que contou cunha importante traba para elo, a do xénero, por considerarse que os coidados eran unhas habilidades, incluso un arte innato nas mulleres.

Considerase a Florence Nightingale como a que puxo a primeira pedra para esta profesionalización, con todo, no caso do Estado español, a profesión enfermeira está organizada con anterioridade polas Ordes relixiosas. Encontramos referencias á lexislación sobre as profesións auxiliares sanitarias dende primeiros do século XIX. *“A enfermaría é unha disciplina como tal moi recente, pois a principios do S. XX non era considerada nin unha disciplina académica nin unha profesión”* (Marriner & Raile, 2003, p. 15).

A profesión auxiliar da Medicina, creada co título de Practicantes en virtude do establecido no artigo 40 da lei de Instrución Pública do 9 de Setembro de 1857 habilita para o exercicio das pequenas operacións comprendidas baixo o nome de Cirurxía menor (Canalejas y Méndez, 1888, p. 516).

Ellis y Hartley, xa mediado o século XX, propuxeron as sete características que deben reunir as profesións:

1. Ter un corpo definido e organizado de coñecementos intelectuais aplicables á actividade do grupo ... no caso da enfermaría este corpo de coñecementos están representados nas teorías e modelos.
2. Utilización do método científico. O Proceso de Atención de Enfermaría (PAE)... aplica o método científico como método sistemático que permite fundamentar a práctica dos coidados.

3. Formar aos profesionais en institucións de alto valor *educacional*. Nun 75,8% dos programas de pregrao de enfermaría están vinculados a universidades.
4. Funcionar con autonomía na formulación do control profesional das súas actividades profesionais ... a autonomía asóciase á independencia, asumir riscos e responsabilidade de xeito cotiá ... Na medida na que a enfermeira se *empoderou* dos coidados como o seu principal propósito, e conta con argumentos teóricos, é capaz de perfilar un xeito de facer autónomo e indelegable.
5. Desenvolver un código de ética profesional ... O primeiro código de ética en enfermaría foi publicado pola *American Nurse Association* (ANA) en 1950, posteriormente o Consello Internacional de Enfermeiras (CIE) en 1953.
6. Recoñecer á profesión como unha contribución á sociedade polos servizos que presta.
7. Realizar esforzos para ofrecer compensación aos profesionais por medio de autonomía, desenvolvemento profesional e seguridade económica (Ellis & Hartley, 1988).

Durante moitos séculos á atención ás persoas con problemas de saúde estivo asociada a unha actividade de altruísmo, reminiscencia dende a época dos primeiros coidados que posteriormente pasaron a ser unha expresión de caridade para a salvación da alma. Máis tarde, os profesionais tiñan que traballar gratuitamente nos hospitais por encontrarse estes en período de formación.

A mediados do século XX comezou a sentirse por parte dos profesionais da enfermaría, a necesidade de desenvolver un coñecemento teórico que servise como base sobre a que edificar a praxe enfermeira.

Segundo o filósofo da ciencia Thomas Kuhn aseveraba que, "*se se estudan e se poñen en práctica os paradigmas, os membros de dita comunidade científica aprenden a súa profesión*" (Kuhn, 1970, p. 43). "*A enfermaría como disciplina académica depende da existencia dun coñecemento teórico, que se transmitirá a tódolos estudantes que pretendan exercer esta profesión e que conformará a base da súa práctica*" (Kuhn, 1970, p. 11).

O feito de basear a praxe nos coñecementos teóricos resulta beneficioso para o usuario dos coidados, pois proporciona un enfoque sistemático para a praxe enfermeira, á vez que favorece a concepción da enfermaría como profesión. "*A teoría axuda a práctica enfermeira a: organizar os datos do paciente, comprendelos, analizalos, tomar decisións sobre as intervencións enfermeiras, planificar os coidados, predicir os resultados e avaliar os resultados*" (Marriner & Raile, 2003, p. 17).

De aquí deducimos que a teoría na profesión enfermeira é imprescindible para a súa existencia como disciplina e á vez para a praxe da profesión.

Hoxe en día preséntase unha dicotomía entre o corpus teórico e a praxe cotiá da profesión, algo que imos observar nesta investigación e que é un fenómeno que se manifesta de forma máis ou menos marcada en diferentes países. Os profesionais de enfermaría nunca estiveron tan ben preparados como neste momento, tanto a nivel de coñecementos teóricos, como prácticos. Non obstante, os profesionais viven cada día un decalaxe entre o que pensan que debe de ser a súa profesión e o que realmente é na praxe cotiá.

Academicamente os profesionais poden acadar os máis altos niveis de estudos, con todo, no día a día dos seus postos de traballo non deixan de ser “uns pincha cus” como define unha das profesionais informantes, namentres por outra banda, encontramos os discursos dos colexios profesionais de enfermaría que loitan por ocupar os máis altos cargos de xestión dentro do actual sistema de saúde do Estado. Así as cousas, trataremos de analizar cal é a situación do estado da cuestión, procurando unha obxectividade *emic*, que é o prisma dende o que se realiza este traballo de investigación.

O que se busca a día de hoxe é facer partícipe ao usuario dos coidados de enfermaría, axudándolle a asumir as súas responsabilidades e pactando estes coidados con cada un dos usuarios. Esta corrente ven chamándose empoderamento do paciente, deixando así, os coidados paternalistas impostos polo modelo biomédico.

2.3. A cultura: arañeira creada polo home

Segundo Max Weber (1935) a cultura é unha arañeira tecida polo home; esta tea na que o home se move e desenvolve é o seu marco, está creada para a súa comodidade, ao mesmo tempo aprésao e átao, favorecendo e limitando os seus movementos á vez.

Crendo con Max Weber que o home é un animal inserto en tramas de significación que el mesmo teceu, considero que a cultura é ese urdido e que a análise da cultura debe ser por tanto, non unha ciencia experimental en busca de leis, se non unha ciencia interpretativa en busca de significacións. O que busco é a explicación, interpretando expresións sociais que son enigmáticas na súa superficie (Clifford, 1997, p. 20).

Marvin Harris define a cultura como “conxunto de tradicións e estilos de vida, socialmente adquiridos, dos membros dunha sociedade, incluíndo os seus modos pautados e repetitivos de pensar, sentir e actuar” (Harris, 2006, p. 19).

Con anterioridade, Tylor definira a cultura como “ese todo complexo que comprende coñecementos, crenzas, arte, moral, dereito, costumes e calquera outras capacidades e hábitos adquiridos polo home en tanto que membro da sociedade”(Tylor, 1871, p. 1).

Con posterioridade Boas ven a retirarlle a característica da obxectividade absoluta por unha obxectividade relativa de cada cultura. Máis tarde, Geertz da inicio o simbolismo cultural.

A cultura defínese como “conxunto de valores, crenzas, normas, estilos de vida aprendidos, compartidos e transmitidos dentro dun grupo determinado, orientando os seus razoamentos, decisións e accións segundo modos de acción predeterminados... facilitan ou capacitan a outras persoas ou o grupo a manter o seu estado de saúde e benestar ou a mellorar a súa situación e estilo de vida ou a afrontar a enfermidade, a discapacidade ou a morte” (Ramírez & Figuera, 2010).

O sociólogo Ariño sinala dúas características antropolóxicas da cultura: unha é a “concepción universal e inclusiva porque tódolos seres humanos están constituídos culturalmente en tanto que seres humanos ...”, outra das características é “a súa pluralidade, pois existen tantas culturas como grupos humanos” (Ariño, 2000, p. 45). Nestas características vaise basear Leininger para construír a Teoría dos Coidados Transculturais.

Volvendo a Weber e tendo presente que o ser humano é un individuo social, cunha construción que é a cultura, non podemos esquecer que cada persoa naceu nunha comunidade na que adquiriu a súa propia identidade. Diste xeito, encontramos diferentes formas de entender e definir o que é saúde, enfermidade, vida, morte, así como a necesidade de buscar atención e decidir a quen solicitala. Aquí reside a chave pola que o concepto de cultura pode ser útil para os profesionais da área das Ciencias da Saúde.

Os conceptos de saúde e enfermidade son unha construción cultural que responde a un xeito particular de ver e vivir a vida. Non existen formas universais de construír e experimentar os conceptos citados, pois cada pobo constrúe os seus conceptos dun xeito máis ou menos explícito en liña coa súa cultura é o seu propio saber (Duque, 2010).

Podemos darnos conta facilmente da cantidade de diferenzas que encontramos á hora de definir os conceptos mencionados, o que nos leva a vivir o binomio saúde -

enfermidade, así como os cuidados da saúde de formas diferentes á vez que de xeito universal. Cada un dos conceptos, son entendidos culturalmente de forma distinta, podemos estar diante do mesmo proceso mórbido, vivido de diferentes formas segundo as distintas culturas.

2.3.1. Visión integral e holística da persoa

No transcorrer da redacción desta investigación facemos alusión á visión holística do individuo humano. Queremos aclarar que, na revisión da literatura, sobre os cuidados ao individuo, á familia ou á comunidade, frecuentemente se empregan os termos integral e holístico como sinónimos. Estas dúas verbas conteñen diferenzas, ao noso modo de entender, despois de consultar a súa significación. Queremos realizar esta puntualización coa finalidade de evitar confusións e entender o senso no que son empregadas no presente texto.

A verba integral procede do latín *integralis* coa súa significación, todo completo sen que lle falte algo. Ven de *integer*, enteiro, completo, intocado. Resultado da unión do prefixo *in* (non) e maila raíz *tangere* (tocar) (Bonino, 2011).

Segundo María Moliner, *integral* “aplícase ao que comprende tódolos aspectos ou tódalas partes da cousa de que se trata” (Moliner M. , 2008).

Considérase *integral* a un todo conformado por partes na composición deste, pero sen serlle esenciais, o que quere dicir que o todo pode subsistir aínda sen estas partes integrantes.

Da man de Boff imos a orixe e mailas acepcións da palabra *holismo*, “termo que procede do Grego *holos*, “totalidade”. É a comprensión da realidade que articula o todo nas partes e as partes no todo, pois considera todo como un proceso dinámico, diverso e único”(Boff L. , *El cuidado esencial*, 2002, p. 162).

No caso do termo *holístico*, este supón que tódalas propiedades dun sistema non poden ser determinadas ou explicadas como a suma dos seus compoñentes. Dende este prisma considérase que o individuo humano completo se vai comportar dun modo diferente no caso de faltarlle algunha das súas partes.

O dicionario galego da filosofía, en referencia ao termo *holismo*, “sostén que o todo é máis que a suma das partes ... este enfoque aplícase a bioloxía, medicina e ciencias sociais, así como ao estudo da mente humana e a linguaxe” (Rivas, Domínguez, & Lozano, 2005).

En resumo, no caso do integral falamos de partes integrantes do todo, no caso do holismo, de propiedades das partes que conforman o todo. Estes conceptos van a ter unha importancia transcendental no momento de falar da aplicación de coidados culturais ou humanísticos dado que estes buscan o “todo” coas súas propiedades e non a mera unión das partes como o caso do modelo bioloxicista.

Por este motivo, cando falamos de coidados entendemos que deben de ser holísticos, aludindo as súas partes e máis ás súas propiedades.

2.3.2. Visión *emic* e *etic* dos coidados

Os termos phonemics (*emic*) e phonetics (*etic*) foron acuñados polo etnolingüista Pike (1967). Con posterioridade Marvin Harris popularizou estes termos con acepcións un pouco distintas e no senso de poder distinguir o punto de vista dos diferentes actores que forman parte do campo de traballo.

Dun xeito rápido e concreto, *emic* é o punto de vista del nativo, mentres que *etic* ven ser o punto de vista do foráneo.

Un relato *emic* é unha descrición realizada en termos significativos (conscientes ou inconscientes) para o axente que as realiza. No campo que nos movemos, unha descrición *emic* sería a que fan os usuarios cando explican a súa enfermidade os sanitarios, cos significados e causas que eles lle dan.

Una descrición *etic* é unha descrición de feitos observables por calquera observador desprovisto dun intento de descubrir o significado que os axentes involucrados lle dan. Neste caso a descrición *etic* sería a “reinterpretación” que os sanitarios fan da enfermidade ou doenza do usuario.

No mundo que nos ocupa dos coidados podemos observar diferentes tipos de actores que interactúan. Directamente implicados temos os receptores dos coidados, os que chamamos usuarios, pacientes ou clientes, son: o individuo, a familia e o grupo social; por outra banda están os dadores de coidados, que son os familiares e sanitarios: profesionais de enfermaría, coidadores informais e outros profesionais sociosanitarios. (Ver Figura2)



Figura 2. Actores implicados nos cuidados

Dentro dos cuidados, pode observarse: Na cima da pirámide o grupo dos receptores, o individuo e o grupo social, na base o grupo dos dadores, os profesionais de enfermmería e outros profesionais sociosanitarios; no terceiro grupo tamén na base, a familia e os coidadores informais, que poden ser receptores dos cuidados dos profesionais á vez que coidadores.

Fonte: Elaboración propia

Á hora de facer a investigación e de dala a coñecer é importante ter sempre presente o dato de cal é o lugar que ocupa o investigador con respecto aos outros actores presentes no estudo. Saber dende que visión se está a realizar a narración.

A importancia deste factor reside en que o discurso de cada un deles non é o mesmo, o que non lle resta importancia pois é algo tan válido como calquera outro que se poida dar, ofrecendo a posibilidade de realizar unha análise das alteridades.

Segundo o tipo de coidadores os cuidados van a ser domésticos ou especializados. Non podemos perder de vista que tódolos cuidados domésticos e especializados son necesarios, polo que, en caso de non haber coidadores domésticos, esta función é asumida integramente polos coidadores especializados. No caso de existir coidadores domésticos a responsabilidade da formación e da supervisión dos cuidados é dos coidadores especializados.

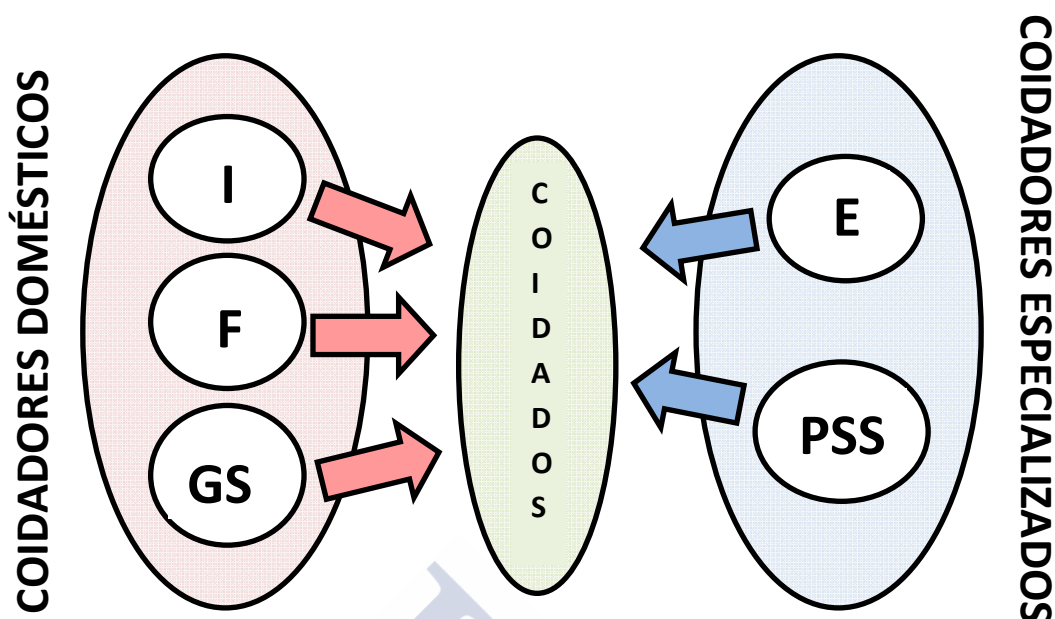


Figura 3. Interrelación entre cuidadores e a acción de cuidar

Nun momento dado o individuo (I), a familia (F) e o grupo social (GS) poden converterse en cuidadores informais ou cuidadores principais, dado que todo individuo humano realiza cuidados sobre si mesmo e sobre os demais. Os cuidados especializados só os administra o persoal adestrado e con coñecementos específicos sobre esta disciplina: persoal de enfermaría (E) e outros profesionais sociosanitarios (PSS).

Fonte: Elaboración propia

Cada un dos actores que interveñen nos cuidados, vai ter unha visión diferente destes (emic ou etic dependendo do grupo no que estean situados en cada momento) que en moitos casos será diverxente. Con todo, estas diferentes visións contan cun mesmo vínculo que as une: o cuidado. Isto fai importante ter en conta aos dous tipos de descricións, a fin de poder ofrecer uns cuidados holísticos.

2.3.3. Diferentes visións da enfermidade: bioloxicista, *illness*, *disease*, *sickness*

Cando falamos de enfermidade temos por unha banda unha visión bioloxicista do individuo, na que nos interesa este como ente conformado biolóxicamente cun corpo arredor do que xira o resto do ser. Por outra banda, temos as visións humanistas ou culturais que consideran ao individuo como un ser holístico no que todas as súas partes coas súas propiedades conforman o ser.

O determinismo biolóxico presupón unha xerarquía no orde das cousas, na base encóntranse os procesos biolóxicos que exercen a súa

determinación na vida humana ... sobre esta base dispóñense as condutas individuais e os procesos sociolóxicos en tanto que fenómenos dependentes. Sobre este segundo estrato descansan as relacións sociais e a produción cultural de símbolos e representación compartidos. Neste triplo ordenamento existen forzas de determinación de abaixo a arriba,... pero non de arriba a abaixo. Con todo e iso, o determinismo biolóxico non é a evidencia de que existan enfermidades hereditarias ou patróns máis o menos xerais de comportamento que veñen determinados pola nosa condición xenética. Tampouco unha actitude determinista supón negar a posible condición xenética, bioquímica, hormonal de moitas das enfermidades ou da propia conduta. O determinismo biolóxico é a negación a que a xerarquía da orde das cousas, o cultural ou o psicolóxico afecte ao biolóxico (Martínez, 2008, pp. 47-48).

O modelo bioloxicista, no caso do mundo da saúde, da lugar ao modelo biomédico, que considera a enfermidade dende unha mirada unidimensional, analítica e centrada na bioloxía, abríndose nalgúns casos á psicoloxía e incluso á cultura ou á socioloxía.

A concepción biomédica das enfermidades inscríbese neste contexto, pois planea unha comprensión da vida, a patoloxía e a morte como resultado de causas exclusivamente biolóxicas, aínda que nalgún momento poida abrir a porta ao papel das continxencias do mundo social, a cultura, os hábitos dietéticos, as desigualdades sociais, que serán tomados como causas secundarias (Martínez, 2008, p. 49).

Os coidados enfermeiros están relacionados coa bioloxía e coa cultura a un tempo. Para que estes coidados sexan holísticos e así contemplar ao individuo como un todo, resulta preciso cambiar a perspectiva.

Dende a perspectiva biomédica as enfermidades son entendidas como anomalías biolóxicas ou psicobiolóxicas que afectan a funcións ou estruturas do organismo humano que se expresan mediante signos e síntomas ... A enfermidade, denominada patoloxía é definida como unha variación anormal na estrutura ou función dalgunha parte do corpo, o facer cotiá biomédico convértese nun exercicio cada vez máis especializado (Martínez, 2008, p. 50).

Dende finais do século XIX e principalmente ate o XX a “súper” especialización deu como resultado un distanciamento do individuo integral pasando á *reificación* ou *cousificación* do individuo, dándolle personalidade a enfermidade. O usuario ingresado nun centro sanitario perde o seu nome pasando a ter o da patoloxía e como apelido o

do seu cuarto “a diabete do 425a”, “o fémur do 323b”. “As enfermidades son entendidas como cosas en se mesmas que están a marxe da historia e da sociedade” (Martínez, 2008, p. 159).

Non sempre foi así, a día de hoxe, a noción da patoloxía está lonxe do significado etimolóxico de *pathos*, na súa acepción de sufrimento, no modelo biomédico recórtanse as diferentes unidades que conforman o corpo biolóxico e fano dun xeito cada vez máis atomizado. Como afirma acertadamente Hahn “*mais que de un pathos, a biomedicina trata dun órgano ou unha estrutura biolóxica*” (Hahn, 1995, p. 50).

Pódese establecer unha relación biolóxica entre os coidados da saúde e a antropoloxía, para iso imos remitirnos a un organigrama publicado por Siles, no que se refire o elo biolóxico dos coidados, relacionando os principios domésticos, os naturais, as catorce necesidades básicas de Henderson e as necesidades culturais de Malinowski.

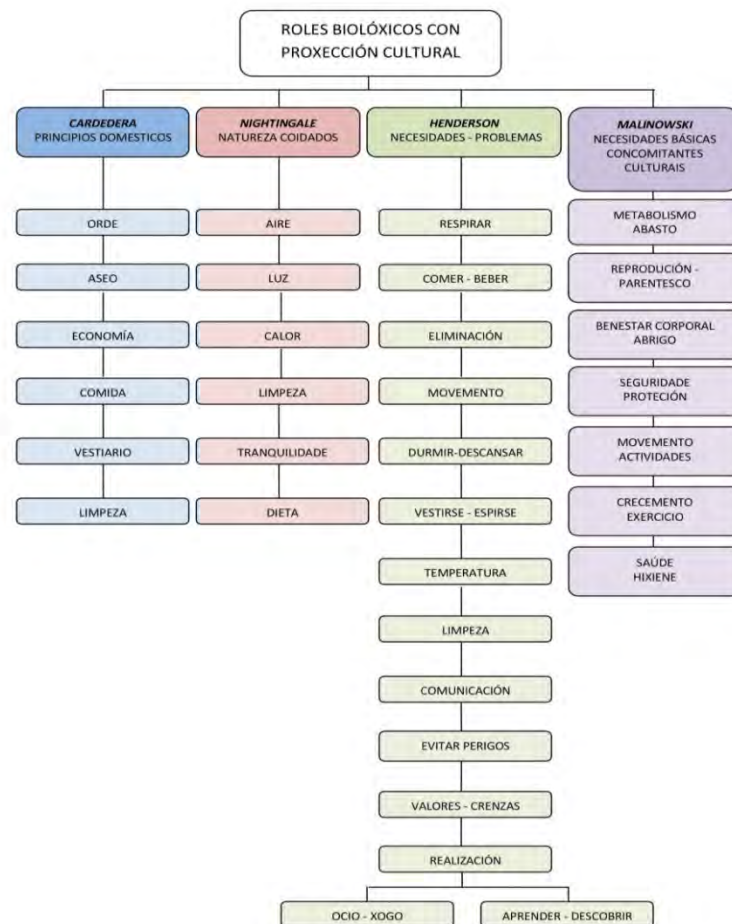


Figura 4. Elo biolóxico- cultural dos coidados.

Fonte: Elaboración propia a partir de José Siles et al. en El eslabón biológico en la Historia de los Cuidados de Salud. El caso de las nodrizas (una visión antropológica de la enfermería), 1998.

Siles coloca nunha primeira columna, empezando pola esquerda, os principios domésticos dos coidados: orde, aseo, economía, comida, vestido, limpeza. Nunha segunda columna sinálanos a natureza dos coidados de enfermmería postos en práctica por Nightingale: aire, luz, calor, limpeza, tranquilidade, dieta. Séguelle unha terceira columna coas necesidades de enfermmería de Henderson: respirar, comer -beber, eliminación, movemento, durmir -descansar, vestirse -espírse, temperatura corporal, limpeza corporal, comunicación, evitar perigos, valores -crenzas, realización, xogo -ocio, aprender -descubrir. Por último aparece a columna de Malinowski das necesidades básicas concomitantes á cultura: metabolismo/abasto, reprodución/parentesco, benestar corporal/abrigo, seguridade/protección, movemento/actividades, crecemento/exercicio, saúde/hixiene (Siles, Gabaldón, Tolero, Gallardo, García, & Galao, 1998).

Para designar a enfermidade a nosa lingua só conta cunha verba. No caso anglosaxón son tres os termos que se poden empregar, o que nos dá unha maior amplitude, trátase dos termos *disease*, *illness*, *sickness*. Os dous primeiros termos son sinónimos no inglés cotiá, aínda que a efectos prácticos distínguense.

Disease, correspóndese con aquelas “disfuncións e desequilibrios biolóxicos” valorados dende os criterios da medicina occidental (Fabrega, 1971, p. 213). O que os profesionais da saúde denominan, o diagnóstico médico, a orde do discurso científico.

Illness, podémolo traducir como “aflicción ou malestar, designa a dimensión *folk* e cultural da enfermidade e alude a criterios de tipo social e psicolóxico” (Fabrega, 1971, p. 213). É como se sente o individuo, o padecemento, a experiencia individual de sentir a enfermidade. Denota o conxunto de concepcións culturais e prácticas sociais que compoñen o sistema etnomédico.

Segundo Martínez “*disease*: é a perspectiva *etic* mentres que *illness* é a aproximación *emic* en antropoloxía” (Martínez, 2008, p. 36).

Sickness, é a perspectiva social da enfermidade coas súas implicacións no grupo. O contexto social xeral, pode incluír tamén unha causalidade social posible ou real. Tamén abre o problema ao pluralismo.

O que nunca debemos de esquecer é que “o interese principal tanto do antropólogo como do clínico consiste en descubrir a natureza do padecemento (*illness*) do paciente” (Frankenberg, 2003, p. 25).

2.4. Evolución dos coidados no transcorrer da historia

Debemos ter sempre presente que a historia dos coidados non é unha historia allea ao resto dos acontecementos históricos, económicos, culturais e sociais que

afectan ás diferentes percepcións e xeitos de entender a saúde e maila enfermidade polos que atravesa a humanidade.

A consideración da saúde e máis da enfermidade é distinta nas distintas etapas da sociedade, condicionada polos valores, crenzas, cultura, economía e outros factores sociais que vive o home nun período determinado (García & Martínez, 2007, p. 9).

A historia dos coidados forma parte dun todo global como fenómeno universal envolvente, presente na historia da humanidade dende as antigas civilizacións. Deberá estudarse no momento e no contexto concreto no que se producen os feitos para poder ter unha visión adaptada á realidade.

A atención sanitaria, en xeral, foi evolucionando paralelamente ao concepto que en cada momento histórico a sociedade tivo de saúde. En certo modo, o concepto de atención de enfermaría, e o camiño da propia actividade cara a profesionalización, estivo intimamente ligado a estes cambios (García & Martínez, 2007, p. 9).

Os coidados nacen co home. Nun primeiro momento o home recibe coidados maternos e posteriormente do grupo. Na prehistoria cando se realiza a división do traballo por xéneros é a muller a encargada das tarefas domésticas e dos coidados, xa non só maternos, esténdense tamén a anciáns enfermos e todo aquel individuo da tribo que non pode valerse por si mesmo. Aquí reside a orixe do mito de que os coidados son unha cuestión de xénero.

Son diversas as etapas polas que pasan os coidados a través dos tempos ate chegar a profesionalización dos nosos días, dende os coidados na familia e na tribo, ate os institucionais, pasando polos relixiosos. Actualmente admítese, polo xeral, que a enfermaría nace como profesión que se ocupa dos coidados a finais do século XIX. No século XX afiánzase como profesión e a mediados deste mesmo século comeza a adquirir un corpus teórico que a leva a considerarse unha disciplina.

A enfermaría, polo tanto, non se configura dun xeito *exnuovo* na época contemporánea, hai que ir a tempos remotos buscando as orixes dos coidados, nalgunha cova habitada polos primitivos ancestros da nosa especie, alimentándose e acubillándose das inclemencias do tempo, eles e maila súa prole. Aí é onde residen as primeiras actividades dos coidados, que van evolucionar ate o complexo mundo especializado da enfermaría co que nos encontramos hoxe.

Non é diferente en nada o acontecer na vida profesional enfermeira á situación social que se está a vivir polas demais profesións e oficios que hoxe se desenvolven na nosa sociedade.

Son varios os sistemas que conflúen no tema que estamos a tratar, o sistema estrutural social, o cultural e o sistema de saúde, sen esquecer o político ou económico, que nestes tempos de crise, vemos están incidindo dun xeito tan directo sobre a saúde.

José Siles establece unha estrutura para poder realizar o estudo da historia de enfermmería.

Táboa 3. Estruturas para o estudo da historia da enfermmería

Unidade funcional	Marco funcional	Elemento funcional	Evolución
Tribo	Campamento	Muller	Prehistoria
Familia	Cova	Feiticeiro	Antigüidade
Mitos (deuses que curan)	Fogar	Bruxa	Cristianismo
Relixión	Templo	Sacerdotisa	Idade Media
Gremio	Hospital	Deuses/as	Renacemento
Ética e solidariedade civil	Xenodochia	Relixiosas/os	Século das luces
Corporación profesional	Ambulatorio	Serventes	Revolución Século XIX
	Centro de A.P.	Auxiliares	Contemporánea

Fonte: Siles, Historia de la enfermmería, 1999, p.

As tres estruturas básicas sobre as que se asentan os coidados para ir evolucionando o longo da historia son: a unidade funcional, o marco funcional e o elemento funcional.

Na columna da esquerda encontramos a unidade funcional, correspóndese coa institución social e socializadora na que se asentan os coidados. Os seus elementos foron variando no tempo conforme pasa a historia. Está conformada pola familia, a tribo, os mitos referentes á curación e nos que encontramos familias de deuses, as relixións como elemento intérprete das enfermidades e dos remedios, os gremios, a ética maila solidariedade civil, así como as corporacións profesionais, que son os elementos aglutinadores socializadores controladores dos coidados da saúde.

Na seguinte columna amósanos o marco funcional, os espazos onde se realizan os coidados, encontramos inseridos nela o campamento, a cova, o fogar, o templo, como lugar de curación espiritual e máis corporal, o hospital, o xenodochia ou o valetudinaria, hospitais de campaña, o ambulatorio e o Centro de Atención Primaria.

A terceira columna está conformada polos actores que dan os coidados, a muller, o feiticeiro, a bruxa, a sacerdotisa, os deuses/as especializados na curación, as relixiosas/os os serventes e os auxiliares. Observamos como nesta columna falta a enfermaría como profesión e disciplina autónoma que se pretende no mundo actual.

A última columna, situada a dereita sinala os diferentes tempos históricos, nos que van variando os elementos das outras columnas.

A partir do anterior José Siles e outros historiadores dos coidados fan unha división da historia dos coidados, en catro fases: tribal ou doméstica, relixioso-institucional ou vocacional, pre-profesional ou técnica e por último a profesional.

Cada unha destas fases abrangue unha época cronolóxica que podemos observar no seguinte gráfico.

Táboa 4. Etapas da historia da enfermaría

Fase	Etapas históricas
Tribal ou doméstica	Prehistoria: tempos primitivos. Antigas civilizacións: Asirio/babilónica, hebrea, exipcia, India, Chinesa, Novo Mundo. Grecia / Roma.
Relixioso institucional ou vocacional	Inicios do cristianismo. Alta Idade Media / o mundo do Islam. Baixa Idade Media. Mundo moderno.
Pre-profesional ou técnica	Século XIX / 1ª Metade s. XX.
Profesional	2ª metade s. XX – ate hoxe.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos de Siles. Historia de la enfermaría.

Unha das características que observamos no estudio da evolución dos coidados é como se superpoñen estas fases ou etapas, e subxacen dun xeito máis ou menos manifesto nas novas que van xurdindo, non como un substrato, se non como unha realidade presente no desenvolvemento dos coidados.

Na actualidade conviven a etapa dos coidados domésticos, exercidos polos membros da familia, que esencialmente non difiren dos coidados que exercían os habitantes do planeta en épocas prehistóricas, salvando as distancias dos tempos, influenciados por factores externos á saúde do individuo.

Na actualidade se dan os coidados vocacionais da etapa relixiosa, estando máis ou menos presentes as institucións de diferentes ordes relixiosas.

Asistimos tamén nos nosos hospitais á existencia de enfermeiras técnicas ao servizo de aparatos e mesmo dunha superioridade xerárquica allea á profesión enfermeira. Compartindo o mesmo espazo físico, están os profesionais que tratan de desenvolver un labor holística, apartándose do modelo biomédico imposto outrora, buscando cos novos paradigmas como centro e referencia á persoa na súa totalidade e en tódalas súas dimensións.

Imos realizar un breve percorrido co que acontece cos coidados sen entrar en particularismos.

Segundo sinala Françoise Collière, sen os coidados non sería posible hoxe a existencia da humanidade.

Sabemos que na prehistoria, ademais do papel destacado da muller na práctica dos coidados, estes eran empíricos, exercíanse no ámbito doméstico e transmitíanse tradicionalmente por vía oral dunha a outra xeración.

Nas civilizacións antigas consérvanse as características precedentes aparecendo aquí dous camiños de orientación terapéutica que se van repetir tradicionalmente ate a Idade Media, por unha banda o empirismo, que se desenvolveu na farmacopea, a cirurxía, dietética, masaxes, baños ou exercicios físicos. O outro camiño foi o sobrenatural, representado por feitizos, exorcismos, ofrendas aos diferentes deuses, oracións, sacrificios ou rogativas.

Os mitos e as familias dos deuses relacionados co mundo da saúde conviven cos coidados empíricos. Os coidados prestábanse no entorno familiar e posteriormente apareceron os primeiros centros de atención fora do fogar. Foron primeiro os templos, despois os lugares específicos: os *xenodochia* ou os *nosocomio* en Roma. A atención está nestes casos ao cargo de persoas elixidas: sacerdotisas, curandeiros, bruxos, feiticeiras, e ao final desta etapa as matronas romanas e os *nosocomii* (coidadores do *nosocomium*).

Na Idade Media, co rexurdir do cristianismo, o saber cultural concéntrase nos mosteiros, tamén a asistencia a enfermos que non teñen familia por diversos motivos (estar de paso por exemplo). Os mosteiros contaban con salas para enfermos, as de homes ao cargo de homes, as de mulleres ao cargo de mulleres. A atención ten carácter humanitario e caritativo. A atención práctica é mística e relixiosa. A transmisión de coñecementos, realízase de xeito oral. As enfermidades máis importantes da época son debidas á falta de hixiene, ao amoreamento en familias numerosas, ás abundantes loitas locais; todo isto fai que as enfermidades que máis abundaban eran as contaxiosas, provocando epidemias, como a peste ou mesmo a lepra.

Fora dos mosteiros os coidados son realizados pola muller, que non só coida a familiares, tamén a veciños. Os coidados especializados están a cargo de ordes mendicantes, relixiosas e de ordes de cabaleiros e cruzados aos Santos lugares.

No comezo da Idade Moderna, dáse un aumento das enfermidades, polo que algunhas ordes relixiosas se especializan na asistencia sanitaria. O Estado vai ir asumindo a asistencia sanitaria. No caso dos hospitais relixiosos, os coidados recaen sobre as persoas que forman parte da orde, segundo sexan homes ou mulleres. No caso dos hospitais da coroa e coa formación do Estado moderno, a idea que prima é librar as rúas de cidadáns molestos ou “pouco estéticos” polo que as mulleres de mal vivir, alcohólicos, desequilibrados mentais,... son institucionalizados no hospital, onde a cambio da súa estancia deben realizar uns traballos; os homes coidar a edificación e os seus arredores e as mulleres dedicarse a prestar coidados aos que non poden valerse por si mesmos.

Empezaron a darse os primeiros salarios a algunhas destas mulleres contratadas, cun horario e un salario baixo, o que xunto ao pouco agradable do traballo a realizar, fai que sexan prostitutas ou alcohólicas a maioría das mulleres que se fan cargo destes menesteres. Esta situación leva consigo a perda do sentimento relixioso e xunto con este nacente laicismo dáse un deterioro no trato aos individuos usuarios dos hospitais civís.

Por este motivo considerase a *época escura da enfermaría* ao darse esta importante regresión nos coidados e máis nos coidadores/as de saúde. Os hospitais non están dotados en absoluto de medidas hixiénicas básicas, eran lugares pobres, insalubres e inhumanos. Podemos dicir que os hospitais da época son albergues que recollen ás persoas que o pensamento social do momento considera, cidadáns de terceira categoría, molestos ou que ameazan a estética das cidades modernas. Non hai transmisión de coñecementos, salvo nos casos concretos das ordes relixiosas ou das matronas.

No caso do Estado español danse outras circunstancias diferentes que veremos no seguinte punto.

Este é o panorama que se vive no mundo occidental cando irrompe a figura de Florence Nightingale, quen despois de formarse co pastor Theodor Fliedner decide acabar con este desastroso panorama fundando a súa escola de Enfermeiras no *Hospital de Saint Thomas* en Londres 1860.

Florence Nightingale cambiou o rol das mulleres na enfermaría ao convertelas de seguidoras do exercito a profesionais da atención e do coidado dos enfermos e feridos, xa que antes daquela época, só aos homes se lles permitía brindar eses coidados, suporíase a calquera muller que adoitase esa profesión “innobre” sería ademais prostituta. (Cohen, 1988, p. 178)

O seu modelo de formación pasa aos EEUU e ao resto de Europa a finais do século XIX. En España recoñécense oficialmente os estudos de enfermaría en 1915.

Foi a mediados do século XX cando se comezan a cuestionar os paradigmas da profesión enfermeira, xurdindo as diferentes teorías e modelos. Durante a primeira metade do século XX as *teóricas* da enfermaría empezaron a ser conscientes da necesidade dunha base de coñecementos sobre a práctica da enfermaría, coa que deberían de contar os profesionais se desexaban acadar unha maior autonomía e mellora nos coidados realizados sobre os seus usuarios.

Despois desta conciencia e visión da necesidade, a enfermaría comeza a planearse a meta de desenvolver un coñecemento enfermeiro no que poder basear a súa práctica. Esta meta mantívose ao longo do século XX, tendo como finalidade última que a profesión enfermeira puidese desenvolver un corpus substancial de coñecementos de enfermaría que fose o guieiro da práctica enfermeira.

Comeza a xestación das teorías e modelos de enfermaría polos anos cincuenta nos Estados Unidos de América, sendo na década dos setenta, cando comezan a implantarse na praxe, no seu territorio de orixe, despois destas dúas décadas de desenvolvemento e discusión teóricas. Dende os EEUU foron difundíndose aos demais países dun xeito heteroxéneo.

Despois deste xurdimento do debate nas Universidades Americanas co fin de definir a esencia da Enfermaría, tivo lugar a discriminación do corpus propio de coñecementos, dando lugar esta reflexión á construción e fundamentación teórica da profesión partindo do seguinte interrogante: Que é enfermaría?

A busca da resposta a esta cuestión tan simple e básica levou consigo dous feitos fundamentais que viñan xuntos dende alén dos tempos, na orixe tribal dos coidados, exercidos polas mulleres nos albores da raza humana: por unha banda, a busca de identificar un corpus de coñecementos teóricos da práctica enfermeira e por outra, diferenciar na praxe o exercicio da enfermaría e máis da medicina mediante a definición clara e concisa de funcións e roles específicos, pois ate o momento a enfermaría tiña a súa entidade sempre ligada á medicina. As enfermeiras eran consideradas as auxiliares ou axudantes do médico, sen contar con competencias propias, se non máis ben todas derivadas da orde médica.

Así, neste marco sociolaboral, xurdiron os modelos e planeáronse os diferentes xeitos de definir, dunha maneira abstracta, as funcións ou ben o corpus de coñecementos, ou ámbolos dous á vez, partindo de conceptos concretos sobre o ser humano: a saúde, a enfermidade, a profesión de enfermaría e mailo entorno do individuo.

Algúns autores (Marriner, 2003), sinalan que esta década de mediados dos setenta, co avance da formación, a investigación e mailo desenvolvemento dos

modelos, marcouse a transición da etapa vocacional da profesión enfermeira á época profesional. En contraposición, outros sinalan este cambio se realizou, froito das actuacións de Florence Nightingale a finais do século XIX. Se ben é certo que esta figura da enfermmería marcou un fito importante na profesión enfermeira, é nos anos setenta do pasado século onde a enfermaría vive os momentos de inflexión no seu avance cara á restauración da importancia que tiveron os coidados tanto na continuidade da especie como nos avances da humanidade. Como nos apunta Collière (1993), sen a Medicina viviríamos menos anos, ou en peores condicións físicas e psíquicas, con todo, sen os coidados non existiríamos.

2.4.1. Historia da profesión enfermeira no Estado español

A forte especialización dos profesionais enfermeiros en boa parte de España perdeuse na crise do século XIX. Esta especialización, que se produce dende o século XVI debido ao déficit de médicos formados na universidade, fai que

Aparezan figuras como as de os sangradores e os ministrantes (médicos sen titulación), formados na práctica con médicos profesionais e que actuarán como auxiliares, como sangradores ou como sanadores populares (romancistas). Na lexislación española, unifícanse dende o ano 1845, pero non é unha realidade ate o ano de 1857, coa creación dos practicantes que agrupaban aos anteriores ademais dos callistas e os dentistas". (García & Gonzalbes, 2013, p. 309)

Tamén nesta época encontramos os coidados ofrecidos polas ordes relixiosas, en especial a Congregación de los *Hermanos de Bernardino de Obregón*, na súa *Instrucción para enfermeros y Consuelo de los aflijidos enfermos* (1617), xunto coa actuación da *Orden de San Juan de Dios* que baseaban a súa actuación sobre todo no consolo espiritual respecto a dor e a salvación da alma. Os *Xesuítas* nese mesmo século, tamén elaboran un directorio de Instrución para enfermeiros. Estas ordes relixiosas o ben contaban con persoal formado con estes coñecementos dentro da súa orde ou ben solicitaban os servizos dos profesionais citados con anterioridade.

A historia da enfermaría en España durante os séculos XIX e XX evolucionou a partires das influencias culturais do entorno europeo por unha banda e das demandas sociais e no avance da modernidade por outra. Esta evolución canalízase na formación dos profesionais, que con posterioridade vai repercutir na atención que estes dean á sociedade.

Este é o motivo polo que imos a revisar a historia da profesión enfermeira baseándonos na formación dos diferentes profesionais que desenvolven os labores do

coidado ás persoas dende mediados do século XIX, no que se promulga a Lei de Instrución Pública.

O marco de maior consenso creado polo goberno de O'Donnell facilita a promulgación da Lei de Instrución Pública de 1857, sendo Claudio Moyano Samaniego ministro de Fomento, quen lle da nome a lei.

Esta lei, ten como antecedentes e bases fundamentais as elaboradas con consenso: *Reglamento General de Instrucción Pública* de 10 de xullo de 1821 (aprobado polo Decreto das Cortes de 29 de xuño), o *Plan General de Instrucción Pública* do Duque de Rivas (Real Decreto de 4 de agosto de 1836) e o *Plan General de Estudios* (Real Decreto de 17 de setembro de 1845, Plan Pidal).

Ate a Lei Moyano, entre os profesionais que se relacionan coa enfermaría encontrábanse a *comadrona*, *parteira* ou *madriña*; tamén o *barbeiro*, quen se encargaba da hixiene dos individuos, así como de prácticas que atinxen os seus coidados; con el convive o *sangrador*, profesional que está capacitado para realizar prácticas cirúrxicas, dando lugar estes dous a figura do *barbeiro sangrador aos cirurxáns sangradores e aos ministrantes*, encargados estes de administrar medicamentos baixo supervisión do médico.

Vai ser en 1857 cando a *Lei Moyano*, reordena os estudos sanitarios e regula as carreiras, Auxiliares da Medicina, Practicantes e Matronas, reunificando as profesións, o que non quere dicir que na práctica no sigan exercendo os anteriores ate o século XX.

Segundo o dicionario de Moliner, practicante ven a ser, "*O que practica. O que por tempo determinado se instrúe na práctica de Medicina e Cirurxía ao lado e baixo a dirección dun facultativo. O que nos hospitais fai as curacións ou propina aos enfermos as medicinas ordeadas polo facultativo de visita*". (Moliner M. , 2008)

O modelo das Escolas de Enfermaría de Florence Nightingale (1860) chega a península da man de Federico Rubio y Galí quen funda en 1896 a primeira escola de enfermaría laica neste país, a Real Escola de Enfermeiras de Santa Isabel de Hungría.(Arandojo-Morales, Centeno-Brime, & Hernández-Martín, 2015)

O recoñecemento profesional das enfermeiras prodúcese en 1915, coa Real Orden de 7 de maio de 1915, publicada en La Gaceta nese mesmo mes.

En 1955 por Decreto de 4 de Decembro, publicado no BOE dese mesmo mes, créase o título de *Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS)* que agrupa aos tres grupos de profesionais que prestan os seus servizos neses momentos: practicantes, enfermeiras e matronas. Dáse esta creación nun contexto de tecnificación da medicina que vai en auxe, no que se continúa considerando á enfermaría como unha profesión auxiliar técnica do médico.

A enfermaría ingresa na universidade en 1977 como unha diplomatura que empeza a andaina cara a independencia da figura do médico por Decreto de 23 de Xullo de 1977, publicado no BOE no mes de Agosto.

A finais da década dos oitenta e na dos noventa comezan a coñecerse no noso país os diferentes modelos de enfermaría, empezando a aplicarse por imposición das diferentes direccións de enfermaría dos hospitais, sen que o persoal de base reciba formación para participar de xeito activo na súa implantación e sen saber porqué nin para qué se realiza este cambio que se vai introducindo gradualmente.

É no 2008 por Acordo do Consello de Ministros, de 8/2/2008 e por Orden de 3/7/2008, que se regula a nova titulación da enfermaría nas universidades como Grao en Enfermaría, acadándose así a aspiración dos profesionais en Enfermaría de que os seus estudos non sexan unha carreira media.

Na Universidade de Santiago de Compostela (USC) no ano de 2012 acadan a graduación en enfermaría os primeiros diplomados en enfermaría, a través do curso de acceso específico, sendo no 2013 o ano no que finaliza a primeira promoción de Graduados en Enfermaría, abrindo a porta aos profesionais a conquistar dun xeito directo e na súa propia profesión, á posibilidade de culminar os seus estudos académicos co doutoramento, sen ter que facer reviravoltas para obter esta titulación. Culmina aquí unha espera de máis de trinta anos dende que fora implantada a Diplomatura en Enfermaría.

De seguido amosamos unha gráfica coa secuencia na formación dos profesionais dedicados aos coidados.

Táboa 5. A enfermaría no Estado español 1857-2015

SÉCULO XIX	
1857	Regulación das profesións sanitarias. Lei Moyano
1876	Quedan establecidas as profesións auxiliares de Medicina de Practicante e Matrona
1896	Primeira Escola laica de Enfermeiras. Santa Isabel de Hungría

SÉCULO XX

1915	<p>Lei de Recoñecemento do título de enfermeira</p> <p>Quedan establecidos tres tipos de profesionais que en diante se encargarán dos coidados:</p> <ul style="list-style-type: none">PracticantesEnfermeirasMatronas
1917-1929	<p>Fundación de diferentes escolas</p> <ul style="list-style-type: none">Escola de Santa Madrona BarcelonaEscola da Mancomunidad de CataluñaEscola Nacional de PuericulturaEscola de Sanidade NacionalEscola da Casa da Saúde de Valdecilla
1936 -1939	<p>Parálizase a formación durante a guerra civil española</p> <p>A anterior formación das enfermeiras pasa a mans da Sección Feminina.</p>
1962	<p>Título de Axudantes Técnicos Sanitarios (ATS)</p> <p>Nove especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none">MatronaFisioterapiaPodoloxíaPediatría e puericulturaRadioloxía e electroloxíaNeuroloxíaPsiquiatríaAnálises clínicosNefroloxía e uroloxía
1977	<p>Creación das Escolas Universitarias de Enfermería.</p> <p>A nova titulación é Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE)</p>
1981	<p>Os estudos de Podoloxía e Fisioterapia pasan a ser estudos independentes da enfermmería, con formación propia.</p>

SÉCULO XXI

2005	Recoñécense as especialidades de: Enfermaría Obstétrico-Xinecológica (Matrona) Enfermaría de Saúde Mental Enfermaría Xeriátrica Enfermaría do Traballo Enfermaría de Coidados Médico-Cirúrxicos Enfermaría Familiar e Comunitaria Enfermaría Pediátrica
2008	Lei pola que se regularizan os estudos segundo o Plan Boloña. Os títulos pasan a ser de graduados en Enfermaría. Equiparándose o resto dos estudos universitarios.

Fonte: Elaboración propia

2.4.2. Relación da enfermaría con outras esferas e disciplinas: relixiosa, política, militar, económica, médica, cultural, antropolóxica

Unha das facetas da enfermaría que expón Rodríguez- Jiménez (2014) consiste no seu labor mediador coas diferentes esferas que inciden na saúde e na persoa, concibindo a esta como un todo conformado física, psíquica, emocional, espiritual, cultural e socialmente.

A enfermeira concibe á persoa como a unidade esencial do corpo que lle permite mediar entre a natureza, a cultura e o espírito, como ser único indivisible e particular (espiritual, emocional, física, cultural , relixiosa e social) que pensa, sinte, quere, desexa, ten ledicias, tristezas, obxectivos e planes que lle posibilitan a súa autorealización, a liberdade e maila acción; consecuentemente suxírese que a tarefa de coidar está infundida pola filosofía, pois implica a análise dos propósitos da vida humana, da natureza do ser e da realidade dos valores presentes no coidado e mailo discernimento intelectual para o benestar da persoa (Rodríguez-Jiménez, Cárdenas-Jiménez, Pacheco-Arce, & Ramírez-Pérez, 2014, p. 146)

2.4.2.1. *Enfermaría e a esfera relixiosa*

O home dende a etapa animista, busca unha explicación para a enfermidade. Diante dun feito descoñecido, encontra a razón de enfermar no mais alá. A enfermidade está provocada por espíritos alleos a el mesmo que exercen unha influencia negativa sobre o seu corpo. Polo tanto, os coidados e o tratamento van dirixidos a solucionar esta situación con rituais para exorcizar aos espíritos que provocan o malestar. Neste momento aparecen os *feiticeiros*, que son os que teñen os coñecementos precisos para solucionar estes problemas.

Posteriormente, os deuses eran os que envían as enfermidades cando se enfadaban cos humanos ou ben pretendían castigalos por un incumprimento da lei. Esta idea foi evolucionando e abrangue non só a lei espiritual se non tamén e normas sociais. Por esta razón, os coidados e a curación realizábanse en lugares sagrados e nos templos, eran os sacerdotes e as sacerdotisas os encargados de mediar entre o home e os deuses para a súa curación.

Xa no mundo clásico hai deuses encargados especificamente da curación das enfermidades, como era o caso de Aesculapio, entre outros. Neste caso imparten os coidados as sacerdotisas ou os sacerdotes encargados do templo.

Coa chegada do Cristianismo son as diaconisas, as virxes e as viúvas as que coidan e poñen en práctica o mandato da súa relixión, de socorrer e axudar aos necesitados. Aparecen xa de seguido os coidados impartidos polas Ordes mendicantes, que se consagraban os coidados de xeito institucional e tamén os coidados aos viaxeiros nos mosteiros.

Xa na idade moderna xorden congregacións dedicadas especificamente os coidados das persoas como as de *San Vicente de Paul*, *Hermanos de Bernardino de Obregón* ou *San Juan de Dios* entre outras. Coa revolución protestante son os pastores os que en moitas ocasións asumen estas funcións de coidar como foi o caso do Pastor Theodor Fliedner quen forma as diaconisas de *Kaiserswerth*.

O laicismo, en Europa, nun primeiro momento trae consigo que os coidados sexan exercidos por indixentes e xentes de mal vivir.

No caso do Estado español aínda en épocas de gobernos laicos os relixiosos seguen coidando, nalgúns casos con autorización expresa, noutros, os relixiosos continúan prestando coidados nas institucións estatais, pero como laicos. “*En 1835 prodúcese unha revolta dos liberais progresistas e María Cristina entrega o goberno a Juan Álvarez de Mendizábal, que decreta a supresión das ordes relixiosas que non se dedicaran á sanidade ou á educación, e inicia a desamortización dos bens do clero e de certos propietarios*”. (Montero, 2009, p. 3)

A día de hoxe, conviven institucións relixiosas e relixiosos que coidan en centros laicos (públicos ou privados), cos centros públicos do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A imaxe da enfermaría continúa ligándose hoxe cunha “chamada” relixiosa o que impide ver os seus servizos como profesionais.

É importante ter presente que na cultura na que estamos socializados existe de base un pensamento relixioso católico, que inflúe no xeito de ser e facer dos individuos nas outras esferas, así como na forma de concibir, sentir e vivir os procesos de saúde, enfermidade e morte, isto moitas veces xera cuestións éticas tanto aos usuarios como aos coidadores que non veñen sendo ni mais nin menos que froito deste pensamento relixioso fondamente arraigado na sociedade.

2.4.2.2. Enfermaría e a esfera militar

Dende o mundo clásico a esfera militar tivo unha gran influencia nos coidados, chegando no mundo romano a crearse hospitais que acompañaban as lexións o fronte (*valetudinarium*), contando con persoal que realizaba as atencións demandadas polos lexionarios.

Posteriormente volven a ter gran relevancia os militares nos coidados nas cruzadas, creándose ordes militares que protexen os santos lugares e os camiños, converténdose estas ordes, non só en forzas da orde, se non que entre as súas funcións estaban as de coidar ás persoas que transitan eses camiños ou ben que loitaban no fronte. Podemos citar os *Cabaleiros Templarios*, os *Teutónicos* ou seguramente a máis preta de nos no tempo e no espazo, a *Orden de Cabaleiros de San Xoán de Xerusalén* ou Orde dos *Cabaleiros de Malta*, da que se segue a tomar como simboloxía a súa cruz, para o anagrama dos Colexios Oficiais de Enfermaría no Estado español.

Non hai lugar a dúbidas de que o avance da profesión enfermeira prodúcese en momentos de confrontacións bélicas; temos os casos da guerra de Crimea (1854-1856), na que confrontáronse Francia e Reino Unido contra Rusia no Imperio Otomano, que con posterioridade daría lugar os cambios que realizaría Florence Nightingale no mundo da profesión enfermeira. Mais tarde séguelle a guerra entre Francia e Austria, que Henry Dunant viviu prestando axuda nun hospital de campaña en Solferino en 1859, dando lugar posteriormente, esta experiencia, a *Cruz Vermella*.

A Primeira Guerra Mundial (1914 -1919) supuxo que a enfermaría en Estados Unidos de América pasase a ser profesional de forma definitiva.

En Europa, nalgúns países, as reformas inicianse una vez rematada a confrontación bélica. A cruz vermella preocupouse por impulsar a formación do persoal de enfermaría a partires do ano 1924.

Durante a Primeira Guerra Mundial enfermeiras francesas, inglesas e norteamericanas puxéronse en contacto, o que repercutiu nun maior entendemento, así como na aceptación dalgunhas innovacións que, ate entón, tiñan sido rexeitadas. Aparece como líder mademoiselle Chaptal, quen se preocupa e consegue aumentar o número de escolas de enfermaría e mellorando a súa calidade, establecendo cursos de dous anos como mínimo. (Parentini, 2002, p. 85)

No caso da Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) as enfermeiras estadounidenses xa pasan a formar parte do exército e a enfermaría como profesión toma maior importancia.

A Primeira Guerra Mundial resultou decisiva na implantación dun corpo de enfermeiras militares, aínda que, por desgraza, as enfermeiras terían ocasión de amosar a súa utilidade e entrega en conflitos que se foron sucedendo o longo século XX: Segunda Guerra Mundial, Guerra de Corea ou Guerra de Vietnam (Siles J. , Historia de la enfermería, 1999, p. 222)

Na Guerra Civil Española (1936 – 1939) a organización do servizo de enfermeiras no fronte, caracterizouse en ámbolos dous bandos polo pouco tempo, a falta de medios humanos e materiais e a escasa infraestrutura sanitaria. (Siles J. , Historia de la enfermería, 1999, p. 220)

Debido as cuestións que apunta Siles, organizáronse cursos específicos, dada a escaseza de tempo e de recursos humanos, para formar enfermeiras que atenderán os hospitais nos dous frontes.

O igual que a ciencia sufriu o que se chamou o proceso de *militarización da ciencia española* a enfermaría non foi allea, estando a formación das profesionais nun primeiro momento en mans da Sección Feminina.

Actualmente as Forzas Armadas do Estado español contan con profesionais de enfermaría especializados en atención en tempos de paz así como preparados para confrontacións bélicas. Recentemente a primeira formación recibida en España para atender casos de *ébola* foi impartida pola enfermmería militar.

Subliñar que a profesión e os coñecementos enfermeiros, recibiron un gran pulo en cada unha das confrontacións bélicas, quedando demostrada a necesidade e o ben facer dos profesionais que no fronte ou na retagarda, prestaron os seus servizos. Os avances e coñecementos adquiridos foron asumidos posteriormente pola enfermaría civil.

2.4.2.3. Enfermaría e política

A enfermaría ten gran influencia na conciencia social, a pesares de que nin se lle di, nin os mesmos profesionais son conscientes do seu compromiso coas causas sociais, que deben fomentar por acadar unha satisfacción persoal, á vez que así mellorarán as actitudes dos usuarios cara eles. Moitas asociacións de enfermaría están traballando para que a enfermaría sexa recoñecida como axente de cambio social.

Resulta de gran importancia o xeito en como é percibida a enfermaría e mailo seu comportamento, polo resto da sociedade o que ven a ser decisivo para establecer a participación no proceso de construción da Política Pública de Enfermaría. De aí que a enfermaría e maila enfermeira deben entender como se elabora a política, a vez que a profesión saberá como a enfermaría pode melloral a sociedade.

A enfermaría traballa nun ambiente de limitacións económicas e cambios políticos, que presenta moitas posibilidades para a profesión, so hai que saber aproveitalas.

A profesión en xeral está capacitada para poder dirixir centros de saúde, ou ocupar a xerencia dun hospital. A día de hoxe xa non se pode dicir que é cuestión de titulación, pois xa non existen as carreiras medias ou inferiores, todas son grados, e en todas se poden acadar as mais altas cotas académicas, co doutoramento. Está tan preparado/a un médico/a coma un enfermeiro/a para dirixir un proxecto de xestión.

Unha das características do mundo da saúde está no conflito entre as restricións económicas e a crecente necesidade de demanda de servizos de saúde. Son os gobernos os quen teñen que adoptar decisións sobre a cantidade e a calidade dos servizos de saúde que poden permitirse, os profesionais os que deben asesoralos e os usuarios os que poden aceptar ou non estas decisións.

A profesión de enfermaría debe recorrer aos seus coñecementos especializados, así como a súa experiencia, para mellorar a atención de saúde contribuindo a dar forma a unha política eficaz de enfermaría. A enfermaría ten que influír no deseño e mais na aplicación das políticas de saúde.

Son escasos os profesionais de enfermaría que ocupan cargos de alta responsabilidade nos gabinetes dos gobernos, a pesar de que as/os enfermeiras/os

son moi sensibles aos problemas que poden presentar as profesións sanitarias, incluída a médica e a propia enfermmería. Son profesionais preparados para traballar en equipos multidisciplinares dun xeito práctico.

A OMS na súa publicación *“El proceso de la Política”*, insiste en que para mellorar a saúde das poboacións, os gobernos e os profesionais da saúde deben elaborar e/ou reformar as políticas vixentes.

Resulta esencial que entendamos claramente o xeito en que a nosa política se elabora, e si se aplica, sen esta comprensión da elaboración da Política, a Enfermería non formará parte do proceso. (Mejias-Padilla, 2007)

Os movementos que se producen na esfera política condicionan e repercuten directamente nas demais. Ao non existir unhas actuacións políticas de consenso social na sanidade nacional, cada goberno que asume o poder no Estado español varía as liñas de actuación do anterior, realizando os cambios na lexislación que cree oportunos para realizar o seu programa político. Deste xeito, as esferas máis castigadas son as da educación e a da sanidade, ámbalas dúas con gran influencia na esfera da saúde e polo tanto cunha repercusión directa sobre a enfermmería.

Resulta incongruente que cada vez que cambia o goberno cambien as direccións dos hospitais, o que leva consigo unha reestruturación de tódolos cadros directivos, non só na cúpula, se non tamén en cargos intermedios, reformando ou deixando a un lado o traballo que se realizou durante a última lexislatura. Non é exaxerado dicir que as directrices do xeito de coidar no Estado español cambia con cada lexislatura, impedindo levar a cabo un traballo que se poda programar a longo prazo, cun horizonte definido, como a prevención e a educación para a saúde.

Dende o ano 1991 en que a Directora de Enfermería, do Hospital Xeral de Lugo, daquel momento, deixa o cargo na dirección, tódalas seguintes direccións foron cargos políticos de libre designación. Con posterioridade o seu nomeamento, na maioría dos casos, realizaron cursos de xestión, tendo estes cursos o obxectivo dun adestramento da política a seguir e estando o cargo da Dirección Enfermeira ao dispor e as ordes, xa non do médico ou a dirección médica, se non do político do momento, sen ter importancia as liñas que poida marcar a dirección xerencia, quen tamén está sometida na pirámide baixo o ditame do político que ostenta o poder, sen necesidade de ter responsabilidade directa na sanidade.

O persoal de enfermmería ocupa cargos na dirección ou intermedios como postos de confianza, adxudicándose de forma partidista ou por *“amiguismo”*, sen ter presente a súa valía ou os seus coñecementos.

Ao persoal non se lle ofrecen posibilidades de chegar a escalas superiores, que melloren o seu estatus, tendo en conta o seu traballo ou a súa formación. Podemos

tomar como exemplo os cambios de destino nos que os profesionais concursan por obter un posto de traballo elixido por eles, o único que puntúa son os cursos de coñecemento de galego (no caso da nosa comunidade) e os anos de servizo traballados. Nin a formación, nin as publicacións teñen a máis mínima valoración.

Este tipo de política fai que o persoal deixe pasar os anos sen mais, e cando alguén tenta formarse ou xa non digamos investigar, os compañeiros en lugar de darlle pulos cuestiónanlle o seu traballo (como veremos na observación de campo).

2.4.2.4. Enfermaría e economía

A avaliación económica en saúde é definida como unha análise comparativa, en termos de custos e resultados, entre dúas alternativas que compiten entre si.

Debemos ter presentes dúas circunstancias con gran peso sobre a economía na sanidade, o aumento da expectativa de vida xunto a aparición no mercado de novas tecnoloxías, dúas premisas levan consigo aumento do gasto. Aquí radica o motivo polo que se fai necesaria a busca dunha distribución eficiente dos recursos financeiros dispoñibles que deben decidir o persoal de enfermaría a curto, medio e longo prazo. Enfrontase aquí a esfera económica coa esfera das necesidades clínico-asistenciais.

No momento actual e dentro da esfera puramente económica temos que salientar a escaseza de recursos nun momento no que se incorporan novas e custosas tecnoloxías á vez que a poboación demanda máis recursos no sector da saúde.

O CIE considerou que algunhas tecnoloxías son capaces de reducir os custos, debido o aumento na eficiencia maila efectividade dos coidados, algúns equipamentos poden facilitar determinadas accións desenvolvidas pola enfermaría, e deste xeito o persoal enfermeiro estar dispoñible para outras actividades. (Consejo Internacional de Enfermería, 1993)

A enfermaría é un axente transformador que busca o equilibrio entre calidade, cantidade e custos no momento de decidir como se deben distribuír os recursos financeiros dispoñibles.

Os profesionais da enfermaría son unha das principais ferramentas da xestión de custos, por estar presentes en todos, ou case tódolos servizos, a vez que están próximos os usuarios, permitíndolles avaliar as súas intervencións e coidados. (Francisco, Fonseca, & Castilho, 2002, pp. 240-244)

O enfermeiro está capacitado para establecer o artello entre o valor e maila relación custo-tempo-eficacia dos procedementos que leva consigo a praxe para perfeccionar a calidade do coidado prestado.

Nunca tan patente quedou a importancia da economía no mundo sanitario como neste momento.

As restricións danse non só na hora de receitar medicamentos ou facer políticas de austeridade a nivel de recursos humanos ou de recursos materiais, realízanse nunha política mercantilista coa saúde, que parece encamiñada á privatización dos servizos sanitarios, situación avalada polo sistema biomédico, sobre o que ostenta o poder a industria farmacéutica e as empresas aseguradoras.

No caso da industria farmacéutica aínda non se deu unha explicación coherente dos grandes gastos que supuxo mercar gran cantidade de vacinas recomendadas pola Organización Mundial de la Saúde (OMS) diante dunha epidemia que nunca chegou.

Aos profesionais de enfermmería escatímanselle recursos económicos e as súas quendas son cada vez mais axustadas, de maneira que cobran menos e traballan máis días, o resultado por unha banda é a desgana na hora de realizar o traballo, por outra a diminución da súa motivación que tamén mingua.

Escusado é dicir que se os recursos humanos de enfermmería diminúen tamén vai a verse afectada a calidade da atención o usuario, que resultará prexudicado.

Outro factor están os recursos materiais funxibles que tamén se ven afectados para realizar o traballo, polo que o persoal se cuestiona continuar formándose, pois no seu posto de traballo non vai a ter recursos materiais coas ultimas tecnoloxías ou recursos funxibles para aplicar os usuarios, cando os precise.

Como resultas de todo isto e máis outras causas (algunhas atopámolas na observación de campo) o persoal de enfermmería traballa con máis estrés, con peor humor, menos motivación o que o fai máis vulnerable a padecer o “*síndrome do queimado*” e a prestar os coidados con desgana e sen ansia véndose afectada directamente a calidade da atención os usuarios.

2.4.2.5. Enfermería e a esfera médica

Unha das observacións máis salientables ao realizar unha revisión histórica da evolución da enfermmería, é a inseparable relación entre enfermmería e medicina, que pasa a ser de dependencia no momento en que os médicos se converten en científicos a finais do século XIX, namentres os profesionais da enfermmería van ser os seus axudantes ou auxiliares.

Esta situación leva consigo un empoderamento da medicina, ocupando no campo da saúde, unha situación de poder e superioridade. No transcorrer do século XX van xurdindo diferentes profesións e disciplinas que traballan na esfera da saúde, sen que

a medicina deixe a súa posición de poder, que continúa exercendo hoxe en día sobre as demais. *“Este dominio é un conxunto de estratexias, inflúen sobre o ensino, a situación laboral e a autonomía profesional, involucrando a distintas formas: subordinación, limitación e exclusión”*. (Villela, Guil, & Lara, 2010)

A este feito tamén contribuíu, de forma inflexible Florence Nightingale, muller de marcada mentalidade vitoriana, e que coa súa conceptualización e praxe, marca un fito no camiño da enfermmería profesional, considerando a esta como subalterna ou axudante do médico.

Vai ser máis adiante, cando se produce a toma de conciencia de que a enfermmería no canto de ser axudante do médico ou un alongamento da medicina, debe ser unha profesión distinta, cunha identidade propia e cuns obxectivos diferentes: o “coidado” do individuo, concepto este no que se xuntan outros adxetivantes de atención holística ou integral.

Henderson insistiu en que o traballo da enfermeira é único e diferente ao do médico. O plan de coidados, elaborado pola enfermeira e o paciente, debe asegurar que se consiga o plan terapéutico elaborado polo médico. Henderson puxo especial énfase en que as enfermeiras non debían seguir as ordes do médico... subliñou que as enfermeiras axudan aos pacientes nos seus problemas de saúde cando os médicos non están dispoñibles. (Marriner & Raile, 2003, p. 103)

A partires de mediados do século XX xorden os novos paradigmas e metaparadigmas na profesión enfermeira e con eles as teorías e modelos de enfermmería, distanciándose as dúas disciplinas e establecéndose así unha situación con frecuentes colisións e pugnas por manter o poder nun caso e por acadar a autonomía no outro.

Os modelos enfermeiros van a ir deseñando a esencia da profesión, a vez que amosan un marco de actuación diferente o doutras disciplinas, o que fai albiscar como resultas a posibilidade da súa autonomía e a necesidade deste cambio.

Este cambio da praxe enfermeira dende “a derivación da orde médica” á “decisión propia” segundo esixa a situación do individuo que está coidando dun xeito holístico ou global, podemos identificalo como un cambio no paradigma.

Táboa 6. Relacións das perspectivas: biomédica - enfermaría

BIOMÉDICO	ENFERMARÍA
O Diagnóstico médico é mais importante cós coidados de enfermaría	A boa saúde precisa de bos Diagnósticos enfermeiros
O paciente precisa realizar os tratamentos médicos para curarse	O usuario precisa realizar os tratamentos médicos e bos coidados de enfermaría para acadar un bo estado de saúde
A enfermeira pode axudar ao médico ate onde lle permiten os seus coñecementos	Os médicos e as enfermeiras están para axudar aos usuarios
O médico sabe mais ca enfermeira	Os bos médicos saben moito de medicina. As enfermeiras saben moito de coidados
O médico é quen decide polo enfermo sobre as pautas que este deberá seguir	O Equipo interdisciplinar é o que negocia cos usuarios os pasos a seguir para alcanzar a saúde
O médico diríxese o “paciente” nunha linguaxe técnica	A enfermeira fala co usuario na linguaxe diste, facendo de intermediaria

Fonte:Elaboración propia.

Unha das dificultades coa que se encontra a sanidade neste momento, expón Rosa González Gutierrez-Solana (2015), cando di, “non avanzamos, porque aínda que traballamos xuntos, non somos un equipo”. No momento en que a enfermaría e a medicina consigan traballar nun equipo interdisciplinar o usuario apreciará un gran avance na súa saúde.

Despois de tanto tempo cunha relación dominante, a enfermaría presenta signos de medo á asumir a responsabilidade dun xeito autónomo, e camiñar de maneira independente, cando a realidade é que na praxe cotiá xa o ven facendo.

2.4.2.6. Enfermaría e a esfera cultural

A enfermaría non é allea á esfera cultural, ao igual que non o é ningunha disciplina ou produción humana. Na cultura fórmanse os humanos, adquirindo unha cosmovisión dentro da que, ao igual que a vida, a enfermidade e maila morte, están incluídos os coidados, sen deixar fora os paradigmas e metaparadigmas enfermeiros.

Recoñecer a dimensión cultural como constitutiva dos colectivos e mais das persoas, prové elementos para pasar da atención con fins puramente instrumentais ao coidado interacción, como unha man que protexe, acompaña e propicia o desenvolvemento da autonomía, recoñecendo o común na diversidade e na diversidade do común. (Duque M. C., Revista de Actualizaciones en Enfermería, 2002)

Os coidados están suxeitos ao principio de universalidade da cultura, tódalas culturas contemplan os coidados, á vez que, seguindo a regra da diversidade cultural, cada cultura define como deben ser estes coidados, quen os debe exercer ou onde, entre outros factores que analizaremos no seu momento.

É necesario recoñecer que a cultura é un concepto tan universal e ambiguo que non se pode reducir a un so significado. A cultura é un conxunto de actividades materiais e espirituais que distinguen unha sociedade determinada doutra, polo tanto todo elemento cultural é o resultado dunha dinámica social específica e corresponde a necesidades colectivas. Ademais, a suma das características de comportamentos e das crenzas singulares aprendidas dos membros dunha sociedade particular. (Díaz, 2002, p. 1)

Dende o momento en que cada cultura determina o que é a saúde e maila enfermidade, así como as súas diferentes formas de vivila e sentila, tamén vai ser determinante á hora de decidir quen son os actores que deben impartir os coidados á vez que decidir como e onde se deben impartir. *“A cultura determina tamén a forma como as persoas en cada sociedade definen o que é saúde, enfermidade, vida, morte; ademais da necesidade de buscar atención e decidir a quen solicitala”*. (Tarrés, 2001)

En tódalas culturas do mundo existen diferenzas e semellanzas culturais entre o profesional que presta asistencia e o receptor da mesma ao usuario. Unha das diferenzas reside na formación que posúen os coidadores e os usuarios sobre as pautas a aplicar diante dunha determinada situación de falta de saúde real e/ou potencial. *“Os usuarios (persoas) que reciben coidados de enfermaría que non concordan razoablemente coas súas crenzas, valores e estilos de vida, polo que amosarán síntomas de conflitos culturais, insatisfacción, tensión e preocupacións éticas ou morais”*. (Alsvag & Martinsen, 2011, p. 167)

A enfermaría ten a necesidade de ser culturalmente competente para desenvolver de forma óptima as súas funcións. Non só debe ter uns coñecementos da propia disciplina teóricos ou técnicos, senón que á vez, debe coñecer as características culturais dos usuarios así como da sociedade na que está a desenvolverse. Resulta imprescindible coñecer as prácticas culturais dos coidados dirixidos á prevención, curación e maila promoción da saúde dende unha visión *émica* da comunidade na que

se desenvolve, coa finalidade de adaptar ou transformar os costumes populares en prácticas do coidado saudables.

A competencia cultural brindará á enfermeira a capacidade de ofrecer aos clientes un coidado enfermeiro culturalmente congruente e responsable mediante intervencións que faciliten as prácticas de coidados culturais específicos que beneficien e así conseguir maiores cambios na saúde do paciente. (Duque M. C., 2002)

A diversidade e a multiculturalidade de tódolos colectivos humanos relacionados cos coidados da enfermaría son unha realidade. Neste senso temos que recoñecer a dimensión cultural do traballo dos profesionais, o que leva a abrir unha porta a unha realidade transformadora da praxe e da disciplina. Isto supón pasar a recoñecer as alteridades, ao usuario como suxeito competente e posuidor de saberes diferentes e co que compartir elementos comúns que permitan interactuar *coidadores* e usuarios.

Os profesionais a través deste proceso van recoñecer as súas capacidades e as capacidades dos usuarios creando novos mundos e realidades enraizadas social e historicamente.

Tamén encontramos na enfermmería española, relacións entre a enfermaría e a cultura da de man Siles, que a define como "*...o conxunto dos comportamentos, pensamentos e sentimentos implicados no proceso de satisfacción das necesidades dun grupo humano*".(Siles, et al., 2001, pp. 72-87)

A cultura vai a servir á enfermaría para detectar as incongruencias dunhas prácticas hexemónicas e paternalistas que se veñen realizando no sistema sanitario, así como nas universidades e outros centros de formación dos sanitarios. A estas alturas, non se pode negar a diversidade cultural dos usuarios e das comunidades, motivo polo que son rexeitables os modelos que procuran unha homoxeneización lesiva para as persoas atribuíndolles uns valores que poden provocarlles dor, resentimento e desintegración social.

Observamos nos discursos dos informantes a importancia da linguaxe e do contexto cultural que o explica, dado que senón se coñece este os coidados de enfermaría poden estar errados e levar aos profesionais a entender algo totalmente diferente do que está expresando o usuario.

2.4.2.7. *Enfermería e a esfera antropolóxica*

A antropoloxía toma como concepto de base a cultura á vez que pode tomarse como un concepto instrumental para os profesionais da saúde no momento de aplicalo á praxe cotiá ou tamén para realizar investigacións.

Na realidade da praxe os profesionais de enfermmería, tanto no rural como no urbano encóntranse neste momento con usuarios dunha gran diversidade cultural, razón esta que obriga aos profesionais a ter uns maiores coñecementos de diversidade cultural, así como a disciplina que se encarga de estudar estas esferas.

A cultura empregada nas investigacións non só en áreas rurais o en nas poboacións indíxenas, senón no contexto urbano caracterizado pola presenza de usuarios pertencentes a diferentes clases sociais, relixións, rexións ou mesmo grupos étnicos. Estes pacientes presentan comportamentos e pensamentos singulares en canto á experiencia da enfermidade, nocións particulares sobre saúde e terapéutica. Estas particularidades non proveñen das diferenzas biolóxicas pero si das diferenzas socioculturais ... Partimos do concepto de que todos teñen cultura ... É a cultura a que determina estas particularidades ... As cuestións inherentes a saúde e a enfermidade deben ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos no que acontecen. (Langdom & Wiik, 2010, p. 178)

O interese tanto do antropólogo coma do enfermeiro está en descubrir a natureza do padecemento (*illness*) do usuario e así mesmo as súas connotacións sociais (*sickness*), analizando dende unha perspectiva *émica* a cosmovisión de cada individuo sobre os paradigmas saúde, enfermidade, morte e sistemas de coidados. Isto, vai facer que na praxe teñamos unha visión diferente da que nos ofrece o modelo bioloxicista.

Os conceptos de saúde e enfermidade son unha construción social que responden a unha forma particular de ver e vivir a vida. Non hai formas universais de construír e experimentar os conceptos, aínda que eles sexan definidos de maneira moi específica por diversas ramas do saber. Todo pobo constrúe os seus conceptos tácita ou explicitamente acorde coa súa cultura e o seu propio saber. (Tarrés, 2001)

Segundo apunta Frankenberg (2003), os profesionais da saúde encóntranse limitados pola súa formación bioloxicista a traducir o padecemento en enfermidades (*disease*) e o antropólogo a *illness* e *sickness*. Os sanitarios polo tanto, traducen as narrativas dos pacientes a outras narrativas coherentes coa súa formación, namentres

o antropólogo busca permanecer cerca da narrativa do usuario, para observala dentro do contexto cultural e social máis amplo no que a experiencia *corporificada* (*embodied*) do usuario se forma e reforza.

Ámbolos dous teñen que compartir a significación da enfermidade para o usuario, pero de xeitos sutilmente diferentes, que poden ou non ser compatibles entre si.

Os profesionais da enfermaría son os responsables de recoller os coñecementos e a expresión popular por unha banda e a metalinguaxe profesional por outra, de tal forma que son eles o nexo entre os dous mundos, popular e profesional, como veremos mais adiante, nos modelos de enfermaría culturais.

A continuación pódese observar dun xeito sintético as diferenzas mais salientables entre a biomedicina e a antropoloxía social en referencia ao mundo da saúde.

Táboa 7. Argumentación biomédica e antropolóxica

BIOMEDICINA	ANTROPOLOXÍA SOCIAL
NAS SÚAS PERSPECTIVAS XERAIS	
Dirixida á acción	Dirixida á comprensión
Complexidade só si é precisa para a acción	Complexidade sempre precisa para unha visión holística
Enfermidades como episodios limitados	Enfermidades como fluxos de eventos
Causalidade lineal por causa principal	Sobredeterminación por factores múltiples
Factores socioculturais secundarios	Factores socioculturais primarios
NAS SÚAS INVESTIGACIÓNS	
Planéanse preguntas formais	As preguntas son formais, informais ou emerxen do proceso
Focalización no caso	Focalización no contexto relacional
AS PUBLICACIÓNS DEBEN SER	
Definitivas o refutacionais	Consistentes pero tamén suxerentes
ORIENTADAS A	
Reflexión limitada da realidade	Totalidade

O INVESTIGADOR	
Distanciado	Involucrado
Requírese a análise cuantitativa	A análise cuantitativa cando é precisa
Descártanse os casos atípicos	Os casos atípicos son cruciais
CÉNTRANSE EN	
A enfermidade (<i>disease</i>) como interese principal	O padecemento (<i>illness</i>) como interese principal
O dado por sentado, lesións reais en tempo e espazo, situadas no corpo	Non limitado no tempo e no espazo, construído socialmente a través da

	praxe situada e, por tanto a enfermidade (<i>sickness</i>) determinada, social, económica e políticamente → a enfermidade (<i>disease</i>) como construción social
Adapta os relatos a súa propia metalinguaxe dentro do seu marco referencial	Procura aceptar os marcos referenciais dos suxeitos
Conclúe dando respostas a preguntas formuladas dende o comezo	Conclúe coa creación de preguntas ás respostas planeadas no comezo
Pouco creativa pero probablemente correcta?	Creativa pero inadecuada no contexto?

Fonte: Elaboración propia a partir de Frankenberg .(Frankenberg, 2003, p. 24)

Os coidados dende o punto de vista antropolóxico van máis alá do plano físico e mais do psicolóxico. O coidado é unha forma de paliar a vulnerabilidade humana, podendo manifestarse esta a nivel biolóxico, físico ou social. Así a enfermaría debe de estar sempre presente, cando o individuo pasa por unha etapa de vulnerabilidade, non so cando estamos enfermos, tamén, cando non padecendo enfermidade estamos nas etapas máis vulnerables da nosa existencia: na infancia, co seu punto álxido no recen nado, así como na última etapa pola que pasamos, a da ancianidade.

Falar de cultura e coidados é falar de antropoloxía e enfermaría, dúas disciplinas que parten dunha visión holística da persoa, nas diferentes etapas e momentos da súa vida.

2.4.3. Aplicación do método científico: Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Linguaxe enfermeira NANDA, NOC, NIC (NNN)

A práctica dos coidados foi cambiando co transcorrer da historia ate chegar a crear un marco conceptual propio. Os coidados de enfermaría tiveron un importante desenvolvemento nos últimos anos coa aplicación de Procedementos, Protocolos e Planes de coidados.

Esta profesionalización dos coidados, con actividades executadas pola enfermaría, dá resposta a unha necesidade específica da saúde nos campos da promoción, tratamento e prevención.

Debemos ter presente que a organización dos recursos humanos nos servizos sanitarios non é só un feito de xestión sanitaria senón que responde a unha filosofía dos coidados.

Chegados a este momento na evolución dos coidados de enfermmería, planéase a aplicación no mundo dos coidados do método científico, coñecido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que permite aos profesionais prestar os coidados que demandan os usuarios: persoa, familia ea comunidade. Todo isto realizarase dunha forma estruturada, homoxénea, lóxica e sistemática.

O PAE é considerado como a base do exercicio da enfermmería por ser o método co que se aplican os coñecementos teóricos á práctica profesional. Leva inherente a realización duns diagnósticos de enfermmería que atinxen aos coidados, estando perfectamente diferenciados dos diagnósticos médicos, establecendo competencias que levan máis alá do acompañamento ao enfermo nos seus paseos ou na administración de medicación pautada polo médico.

Isto supón a concepción dos coidados dun xeito autónomo e independente da patoloxía que poida presentar un usuario.

As novas competencias facultativas atribuídas á enfermmería neste momento, fan que os cambios paradigmáticos sexan unha realidade, o que leva consigo unha adaptación dos profesionais da enfermmería a esta nova forma de concibir e ver a profesión, o que en moitas ocasións provoca roces de xeito interno entre os propios profesionais, á vez que de maneira externa con profesionais doutras disciplinas e mesmo cos usuarios.

A enfermmería coma profesión ten pendente que os profesionais sexan conscientes da aplicación na praxe do coidado, comprendendo o seu *ser* e *facen*.

Transmitir a importancia da función diaria na aplicación do coidado, é o elemento xerador do cambio que se necesita e que se pretende se faga posible para o desenvolvemento auténtico da nosa profesión. Comprender o "Ser" e o "Facer" da enfermmería, require realizar indagacións filosóficas ou científicas que fundamentan o senso do coidado enfermeiro. A enfermeira clínica, é experta en aplicar os coidados, isto permítelle visualizar e ter unha filosofía no facer da súa labor o que xera un poder da autonomía tan amplo como a súa experiencia o permita, establecendo o equilibrio correcto entre o poder e a busca da esencia da enfermmería, na que tódolos profesionais debemos ter postos os nosos sentidos e esforzos. Na actualidade xa non é suficiente realizar tecnicamente ben o labor cotiá, neste momento é fundamental para a enfermmería executar un coidado reflexivo e orientado pola investigación, aportar os elementos encontrados na praxe diaria á construción disciplinar a

través do noso propio método de traballo; o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), o que aínda non conseguiu incorporarse como parte do sustento disciplinar da praxe, aspecto de suma importancia para a profesión. Cada vez que se realiza o traballo, debese reflexionar na importancia que radica no "Facer" e nos nosos principios para o "Ser", garantir o éxito en cada un dos nosos coidados, amosar ética, arte, —é parte da nosa práctica— e coñecemento. (Landeros-Olvera & Salazar-Gómez, 2006, pp. 121-122)

O paso da teoría á práctica é o proceso de enfermmería e realizase cando as nocións teóricas pasan a realidade dun xeito científico. O método científico, consta de cinco etapas: recollida de datos, análise, planificación, execución da intervención, avaliación.

Por outra banda, unha das cuestións pendentes de desenvolver na enfermmería é o uso dunha taxonomía propia, coa finalidade de ser utilizada polos profesionais da enfermmería. A súa importancia ven dada pola necesidade de reforzar a propia identidade profesional, a utilización dunha linguaxe común, dálle á profesión un maior estatus, o que leva consigo mais recoñecemento e “poder”.

Outra das vantaxes é a de facilitar a visibilidade do traballo que se realiza, á vez que garante a calidade comparativa e homoxeneiza as intervencións enfermeiras. Proporciona as bases para a investigación baseada na evidencia.

O traballo enfermeiro forma parte dun mundo cada vez máis complexo e diverso, para o que debemos gañar en concreción, utilizando as palabras precisas e propias, que non dean lugar a confusión. Por este motivo faise precisa a utilización dunha nova terminoloxía das nosas actividades e técnicas, que está nacente no universo enfermeiro contribuíndo á vez a súa fortaleza como profesión.

Podemos dicir en resumo, que a linguaxe enfermeira, trata dun catálogo de voces técnicas, que dan nome a un listado de fenómenos enfermeiros, sendo un xeito de comunicación que identifica e particulariza aos profesionais da enfermmería. Co recoñecemento da propia linguaxe profesional, a disciplina e a profesión enfermeira sitúase como unha mais no mundo das Ciencias da saúde e na “Familia de Clasificacións” da OMS.

Resulta de importancia para poder unificar criterios tanto na disciplina como na praxe nun contexto profesional global, así como para asentar a propia identidade profesional, o igual que acontece coas diferentes culturas, nas que a linguaxe é a máxima expoñente, que as mantén vivas, facendo de amalgama das diferentes manifestacións de cada unha delas.

Dada a importancia desde tema, no ano 2014, a Organización Colexial Enfermeira trouxo a Lugo Elizabeth Swanson e Sue Moorhead, profesoras da Universidade de Iowa e creadoras da taxonomía enfermeira que se está a desenvolver a nivel mundial. Ámbalas dúas levan vinte anos traballando na construción da linguaxe enfermeira, que en España se empezou a coñecer a primeiros de século. Na súa exposición, abundaron na importancia da aplicación da nova linguaxe, tanto para a ensinanza da disciplina enfermeira como para a praxe cotiá, xa que nos levará a cambiar a concepción do sistema biomédico, centrándonos nos cuidados dos nosos usuarios, levando consigo o deixar atrás a práctica por tarefas e traballar por usuarios.

Para corrixir os problemas de comunicación entre os enfermeiros, crearon esta linguaxe estandarizada, denominada NNN ou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification(NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC). Nesta linguaxe intégranse dentro dun marco teórico: a identificación do problema do usuario dende un punto de vista enfermeiro, trátase de realizar uns diagnósticos enfermeiros (NANDA), posteriormente realízase unha relación de criterios de resultados ou os obxectivos que pretendemos acadar na solución do problema do usuario (NOC), para rematar coas intervencións a realizar polos profesionais de enfermaría (NIC).

É unha linguaxe global pero tamén debe estar supeditada aos países e á cultura do usuario sobre o que se aplican os cuidados, polo que se debe ter presente a realidade profesional e cultural do persoal de enfermaría sen esquecer a do usuario.

A linguaxe estandarizada permite tamén que as enfermeiras deixen constancia de súa actividade diaria para demostrar a súa implicación na saúde do usuario. A taxonomía NOC permite medir a intervención do profesional e o resultado que se obtén e así poder explicar o papel da enfermaría na saúde. (Celeiro, 2014, p. 6)

O proceso enfermeiro conta neste momento de seis fases que se retro- alimentan como se amosa na seguinte figura.



Figura 5. Ciclo do PAE

Fonte: Elaboración propia

O proceso de atención de enfermaría é un método sistemático e racional para planificar e prestar cuidados enfermeiros ás persoas, familias, grupos e comunidades. Os seus obxectivos son: coñecer o estado de saúde da persoa, identificar os problemas reais ou potenciais, levar a cabo as intervencións planeadas, avaliar se as intervencións lograron os resultados esperados.

Para acadar estes obxectivos lévanse a cabo dúas fases:

1. Identificación do problema

- **Valoración.** Recollida de datos, organización e interpretación de datos para coñecer a resposta humana ao proceso saúde-enfermidade.
- **Diagnóstico.** Análise dos datos e identificación de problemas reais ou potenciais e dos recursos da persoa. (aplícanse os códigos NANDA)

2. Para a resolución do problema

- Planificación. Establecer prioridades e planificar estratexias (obxectivos) (aplícanse os códigos NOC). Seleccionar resultados e intervencións planificadas (aplícanse os códigos NIC)
- Execución. Levar a cabo as intervencións planificadas (aplícanse os códigos NIC)
- Avaliación. Medir os resultados conseguidos, revisar as etapas anteriores e valorar se se modifica ou se da por finalizo o plan.

2.5. Os modelos de enfermaría

Antes de falar dos modelos de enfermaría, imos deternos definindo a teoría enfermeira como un conxunto de conceptos, definicións e proposicións que nos permiten ter unha visión sistemática dos fenómenos, establecendo para elo as relacións específicas entre os conceptos coa finalidade de describir e explicar estes fenómenos. Na enfermaría a teoría resulta útil dende o momento en que nos permite ampliar os coñecementos sobre a propia disciplina, utilizando un método de traballo de forma sistemática.

Para a elaboración das teorías enfermeiras realízanse tres planeamentos: 1. Utilizar o marco conceptual doutras disciplinas aplicado á enfermaría. 2. Empregar un planeamento indutivo, a través da observación chegar á teoría. 3. Usar un planeamento dedutivo, buscar a compatibilidade dunha teoría xeral de enfermaría con varios aspectos dela.

O emprego dos conceptos teóricos na práctica enfermeira resulta relevante porque serven para guiar a práctica profesional a vez que á delimitan, crean unha linguaxe común e propia da enfermmería dando forma a un corpo de coñecementos propios da profesión á vez que favorecen a autonomía profesional e dan lugar ao xurdimento dunha nova enfermaría centrada no usuario.

Un modelo é unha representación simbólica da realidade. (Joly, 1988, p. 111)

Debemos ter en conta, que un modelo achegase ao empírico, máis que a conceptos abstractos. Serve como elo entre o desenvolvemento dunha teoría e a praxe. Segundo Maricela Ratti (2013) os modelos de enfermaría son representacións da realidade práctica da enfermaría. Representan factores implicados e a relación que gardan entre si.

Os modelos de enfermaría preséntansenos como estruturas inconclusas, en construción e non como algo pechado e rematado. Con todo, este discurso epistemolóxico perde forza na praxe asistencial onde a súa aplicación resulta complexa e aínda que nos encontramos coa afirmación de que se realiza a súa aplicación, non se

observa a pretendida transformación práctica, polo que a súa utilidade continúa cuestionándose.

Na táboa que segue facemos unha exposición de cómo xurdiron e foron evolucionando os modelos de enfermaría dende mediados do século XX ate a actualidade.

Táboa 8. Desenvolvemento da teoría en enfermaría dende Nightingale ate hoxe

DESENVOLVEMENTO DA TEORÍA EN ENFERMARÍA: FEITOS	
Antes do 1955	Dende Florence Nightingale (1820-1910) ate a investigación en enfermaría. Nace a revista <i>Nursing research</i> (1952). Obxectivo: Produción científica da enfermaría.
1955 – 1960	Nacemento da teoría enfermeira. Qué precisa aprender unha enfermeira? (<i>ColumbiaUniversityTeachersCollege</i>). Déuselle pulo ás enfermeiras para realizar o Doutoramento en disciplinas afines.
1961 – 1965	Unha meta nacional para a enfermaría: A teoría. A <i>YaleSchoolof Nursing</i> da lugar a unha nova conceptualización da enfermaría. Reorientación da enfermaría para coñecer as necesidades e establecer as relacións enfermeira-paciente. Aparece a publicación <i>Nursing Science</i> .
1966 – 1970	Desenvolvemento da teoría: Unha meta tanxible para os profesionais. Recomendacións da <i>American Nurses Association</i> (ANA) para o desenvolvemento das teorías. Definición da enfermaría como: Atención, Curación e Coordinación. A teoría fundaméntase na práctica . A meta para o desenvolvemento da Teoría enfermeira é a Teoría da Práctica.
1971 – 1975	Sintaxe da Teoría. Investigación sobre dela. Definición e explicación dos compoñentes da teoría e as formas de analizala. Creación da base de coñecemento único da enfermaría. Elaborase o currículo enfermeiro baseado na teoría.
1976 – 1980	Tempo de reflexión. Cuestionase se o progreso da enfermaría se beneficiaría de un paradigma único e unha soa teoría. Realízanse presentacións e debates sobre as teorías. Aplicación da teoría.

1981 – 1985	Rexurdimento das teorías da enfermmería: Aparición dos conceptos de dominio.
<p>Que aprendemos da teoría? Cómo podemos empregala?</p> <p>Aceptación da importancia da teoría enfermeira.</p> <p>Consciencia da necesidade da teoría para o desenvolvemento da enfermmería.</p> <p>Os programas de doutoramento incorporan a teoría enfermeira aos plans de estudo.</p> <p>Medra o interese internacional pola teoría.</p> <p>Identificáronse os conceptos centrais da enfermmería.</p> <p>Aceptación da teoría como ferramenta que emerxe dos problemas da práctica.</p> <p>Pódese empregar para guiar a práctica da investigación.</p> <p>Maior claridade entre a relación teoría-investigación que entre teoría-práctica.</p>	
1986 – 1990	Da metateoría ao desenvolvemento do concepto.
<p>Época de debates epistemolóxicos, Análises ontolóxicos.</p> <p>Aumento no desenvolvemento do concepto.</p> <p>Recoñecemento da fenda entre a teoría e maila práctica.</p> <p>Conciencia da necesidade de usar marcos que permitan enfoques holísticos, integrais, contextuais.</p> <p>Análises dirixidas á práctica.</p> <p>Discurso centrado nos usuarios.</p>	
1991 – 1995	Teorías de Medio alcance.Comezo das teorías situacionais.
<p>Desenvolvemento das teorías de alcance medio: céntranse en procesos clínicos como fenómenos específicos.</p> <p>Xurdimento das teorías específicas situacionais: reflicten un contexto particular, axudan a iluminar sobre patróns de comportamento, axudan á prestación de coidados tendo presente o contexto histórico e sociocultural do usuario (respostas á inmigración)</p>	
1996 – 2000	Evidencia significa investigación non teoría.
<p>Desenvolvemento da Enfermería práctica baseada na evidencia.</p> <p>Trabállase na investigación, na práctica e uso da investigación aplicada.</p> <p>Discutíronse metodoloxías para definir a calidade dos estudos individuais, os métodos para a integración dos resultados do estudo eos criterios para xulgar os resultados.</p> <p>Comezaron baseándose nun primeiro momento en argumentos do campo da medicina, reducíndose probas ás variables e criterios biomédicos, empíricos e positivistas.</p> <p>Posteriormente establecece un diálogo crítico con compoñentes máis congruentes coa enfermmería.</p>	

<p>Incorpóranse experiencias humanísticas e experiencias persoais á investigación.</p> <p>Aplicación da evidencia nas institucións de saúde. Emprego da ensinanza-aprendizaxe así como as teorías de cambio organizacional.</p>	
2001 – 2005	A diversidade no pensamento: Vinculación da teoría e maila práctica.
<p>Enfoque na diversidade.</p> <p>Formulacións teóricas que reflicten as realidades dos distintos países.</p> <p>A diversidade como unha característica distintiva deste período manifestase nunha variedade de situacións de saúde-enfermidade: a idade, raza, etnia, país de orixe, xénero e orientación sexual, experiencias de enfermidade e sobre cómo o modelo biomédico no é o mellor interese dos usuarios e as súas familias.</p> <p>Arguméntase a vinculación da teoría e a práctica no contexto político e social da primeira década do século XXI, a través da ensinanza.</p> <p>Características deste período son a reconceptualización e atención á análise da diversidade das culturas, orixes étnicas, o patrimonio, o dominio do idioma, xénero e orientación sexual.</p>	
2006 – 2010	Empoderamento das enfermeiras: Evidencia e tecnoloxía coma recursos.
<p>Era do post- positivismo, da interdisciplinarietà, o feminismo mailo momento postcolonial están marcando este período na enfermaría, o empoderamento das enfermeiras e a profesión de enfermárianos que afecta aos coidados de enfermaría.</p> <p>Descolonización da enfermaría do modelo biomédico.</p> <p>A autonomía da enfermaría, uso de diferentes paradigmas para guiar o desenvolvemento da teoría e a investigación.</p>	

Fonte: Elaboración propia a partir de Meleis. (Meleis A. I., 2012 , pp. 67-80)

Nesta táboa podemos observar como se vai creando a disciplina enfermeira a partir de mediados do século XX, así como a súa evolución seguindo interrogantes e utilizando en principio técnicas doutras disciplinas para facelas propias e posteriormente crear as propias teorías e modelos.

Aínda no momento presente esta a darse un decalaxe entre a concepción teórica disciplinar e a praxe profesional. Ningunha delas consegue dar unha satisfacción plena, polo que a busca continúa.

Na idea das asistenciais, as teóricas que foron asociadas a institucións educativas foron castigadas por estar lonxe da práctica. A

linguaxe das teóricas apareceu coma esotérico para o resto do mundo da Enfermaría. Aceptar unha teoría que non estivo suxeita a unha aplicación práctica, a unha avaliación ou a unha comprobación no tempo, foi inaceptable (Meleis A. I., 2012, p. 57)

Moitas foron as autoras que elaboraron un modelo de enfermaría. Na actualidade, existen varios validados e aceptados pola comunidade de profesionais. *“Todos son modelos alternativos entre si, que se propoñen para a súa elección, o que non quere dicir que sexan competitivos. Cada modelo aporta unha visión, un enfoque que o fai máis axeitado que outro en determinadas situacións”*. (Meleis A. I., 2012, p. 17)

Os modelos de enfermaría non se axeitan ao modelo biomédico, por ser todos eles (modelos enfermeiros) en maior o menor medida modelos humanísticos. O biomédico, aplica o determinismo biolóxico, cunha concepción bioloxicista e contempla a vida, a patoloxía e a morte dende un ángulo unicamente relacionado coa bioloxía.

Ao ser o modelo biomédico un modelo piramidal dominante, resulta moi difícil implantar un modelo de traballo humanístico, polo que a enfermaría non pode realizar o seu traballo na práctica seguindo os seus modelos conceptuais. Por esta razón, o traballo realizado pola enfermaría é un traballo paternalista, centralizado na figura do médico, que considera aos outros profesionais do mundo da saúde como subalternos e axudantes.

Dende o punto de vista enfermeiro a pregunta que se realiza o profesional e a seguinte: que significa que unha persoa sexa un todo? A resposta ven dada dende o prisma antropolóxico para de entender ao individuo humano como un ser holístico, no que non so se debe de atender o bio, psico, social; interesa a visión emic do propio individuo por ser este o actor principal do mundo dos coidados, a visión mailo discurso que este empregue vai estar marcado pola súa cultura.

Imos ver de seguido os modelos de enfermaría máis significativos para o presente estudo.

2.5.1. Modelo das Catorce Necesidades. Virginia Henderson

Virginia Henderson nace en Missouri en 1897 e finou no 1996. Estudou enfermaría e traballou como enfermeira visitadora. Para ela, a enfermaría é: *“axudar ao individuo san ou enfermo na realización de actividades que contribúan á súa saúde, recuperación ou a acadar unha morte tranquila. Actividades que realizaría por si mesmo se tivese a forza, vontade e os coñecementos necesarios. Facerlle que axude a acadar a súa independencia coa maior brevidade posible”*. (Marriner & Raile, 2003, p. 101). Henderson contemplaba ao individuo maila súa familia como unha unidade.

No seu modelo identificou catorce necesidades básicas do individuo humano que integran os elementos do coidado enfermeiro. Estas necesidades quedaron xa especificadas neste capítulo (Ver figura 4).

Respecto á saúde, Henderson non aportou ningunha definición propia. Menciona varias definicións de saúde procedentes de diversas fontes. Toma a saúde como sinónimo de independencia. A promoción da saúde é máis importante que o coidado do enfermo.

En canto ao entorno, toma a definición do *Webster's New Collegiate Dictionary* de 1961. “O conxunto de tódalas condicións e situacións externas que afectan á vida e a un organismo” (Henderson & Nite, 1978, p. 829). A enfermidade pode afectar á capacidade de controlar o entorno por parte do individuo. As enfermeiras deben coñecer os costumes sociais e as prácticas relixiosas para avaliar os perigos que poden derivar destas.

No que se refire á persoa, Henderson consideraba que o enfermo era un individuo que precisaba axuda para recuperar a súa saúde así como a independencia. A mente e o corpo son inseparables e deben estar nun equilibrio emocional e fisiolóxico.

Este modelo ten en conta ao individuo, aos seus valores e ás súas crenzas e dun xeito non explícito á cultura daquel que é usuario dos servizos de enfermaría. Os profesionais sanitarios deben traballar dun xeito interdisciplinar entendendo que o usuario é un todo individual e intransferible.

Os modelos de enfermaría explicitamente culturais parten de Madeleine Leininger, fundadora da corrente da Enfermaría Transcultural e teñen como base a Teoría da Universalidade e a Diversidade dos Coidados que da orixe o modelo do sol nacente. Posteriormente Bacote puntualiza estes modelos e Purnell falará dos modelos culturalmente competentes no momento de tratar o usuario.

2.5.2. Modelo Madeleine Leininger: Teoría dos coidados culturais. Etnoenfermaría. Enfermería transcultural

Madeleine Leininger naceu en Nebraska en 1925, finou en 2012. Graduouse en enfermaría en 1948. Posteriormente estudou humanidades e doutorouse en Antropoloxía cultural e social. É a primeira enfermeira que na década dos cincuenta desenvolve a relación entre a praxe da enfermaría co coñecemento antropolóxico. As súas contribucións máis salientables son a “Teoría dos Coidados Culturais”, a

“Etnoenfermaría” e a “Enfermaría Transcultural”. Para ela “coidar é a esencia dos coidados enfermeiros” (Rohrbach-Viadas, 1998, pp. 41-45)

Leininger define a cultura como: *“as crenzas, valores, símbolos, estilos de vida dunha cultura particular e que son aprendidos, practicados e xeralmente transmitidos de xeración en xeración como normas de comportamento na vida”*. (Leininger & Mc Farland, 2002, pp. 71-98)

Segundo a autora esta definición permite comprender a dimensión holística dunha cultura. Madeleine Leininger (1991), define a Enfermaría Transcultural como *“unha área principal da enfermaría que se centra no estudo comparativo e na análise das diferentes culturas e subculturas do mundo con respecto aos valores sobre os coidados ... Partindo polo tanto de crenzas sobre saúde e enfermidade, valores e prácticas culturais das persoas para axudalas a manter ou recuperar a súa saúde, facer fronte ás súas discapacidades ou á súa morte”*. (Leininger M. , 1999, pp. 5-8)

Un dos primeiros pasos que deu esta enfermeira antropóloga consistiu en elaborar un corpus teórico, mediante o que puxo de manifesto a importancia da cultura dende o punto de vista dos actores principais, quen podían ter visións diferentes, incluso diverxentes, da mesma problemática. Posteriormente estas manifestacións convertéronse nunha teoría, fundamentada no individuo como ser cultural.

“O obxectivo principal desta teoría foi descubrir, documentar, interpretar... os múltiples factores que inflúen no coidado, dende unha perspectiva emic e mais etic relacionados cos coidados culturais, así como establecer un corpo de coñecementos en enfermaría transcultural”. (Leininger & Mc Farland, 2002, pp. 80-88)

A teoría dos coidados transculturais resultou un paso adiante totalmente explícito da importancia non so das crenzas e conviccións de cada individuo humano, que continúa tendo aínda no caso de ter unha patoloxía biolóxica, polo que son os mesmo individuos os que van a dar a información, precisa para os que mellor se lles axeitan sen os que os coidados profesionais resultan estériles ou cando menos faltos de eficacia nun cento por cento.

Esta teoría basease *“na convición de que as persoas de culturas diferentes poden ofrecer información e orientar aos profesionais para recibir a clase de coidados que desexan ou necesitan os demais”* (Marriner & Raile, 2003, p. 508)

O concepto de coidados para Leininger queda exposto dunha forma clara, sen lugar a ningunha dúbida nas seguintes reflexións, vertidas na publicación sobre as diferentes teorías de enfermaría realizadas por Ann Marriner e Marta Raile. Sinálase a importancia dos coidados culturais sobre os que se asenta toda acción de coidar, sendo estes a base sobre a que se asenta toda a estrutura dos coidados, ademais de reforzar a idea destes como esenciais para acadar a saúde.

Son a esencia da enfermmería, constitúen un obxectivo distintivo, dominante e unificador. Os coidados son vitais para o benestar, a saúde, a recuperación da saúde, o crecemento e a supervivencia ... os coidados culturais forman o medio holístico máis amplo para saber, explicar, interpretar e predicir os fenómenos dos coidados enfermeiros ... compóñense de conceptos, significados, expresións, modelos e procesos, e as formas estruturais dos coidados son diferentes (diversidade) ou similares (cara o común ou universal) o resto das culturas do mundo.(Marriner & Raile, 2003, p. 510)

Madeleine Leiningier proxecta os seus coñecementos da disciplina antropolóxica no mundo da enfermmería, aplicando a regra da universalidade e a diversidade cultural no mundo dos coidados, respectando as diferentes culturas co gallo de achegar estes as persoas. Deste xeito considera que os Coidados Globais da Enfermería so se dan dende a perspectiva das distintas culturas

Os Coidados Globais da Enfermería "fan referencia á práctica dos coidados dende unha perspectiva global, internacional, comparativa e holística, valorando as diferenzas culturais coa finalidade de aportar maior equidade e menor disparidade en todo o mundo, así como coa creación de modelos culturalmente competentes e globais" (Galao Malo R, 2005)

Leininger nos anos setenta diseña o Modelo do sol nacente, nel ensina cómo se pode levar á práctica o coñecemento cultural para plasmar os coidados culturais, na realidade cotiá. Para isto fixa tres parámetros que van orientan as decisións e as accións enfermeiras baixo tres enunciados: mantemento do coidado cultural, negociación do coidado cultural e remodelación do coidado cultural. Na praxe os anteriores enunciados lévase a cabo despois de establecer un diálogo entre os profesionais da enfermmería e o receptor dos coidados, determinando conxuntamente cales decisións e coidados son os mais axeitados.

O coidado da enfermmería dende a Teoría da Enfermería Transcultural significaría o paso da atención paternalista vertical enfermeiro-paciente a unha relación dialóxica comunicativa, recoñecer ao outro como posuidor de saberes diferentes e con quen compartimos algúns elementos comúns do mundo da vida. (Duque M. C., 2002)

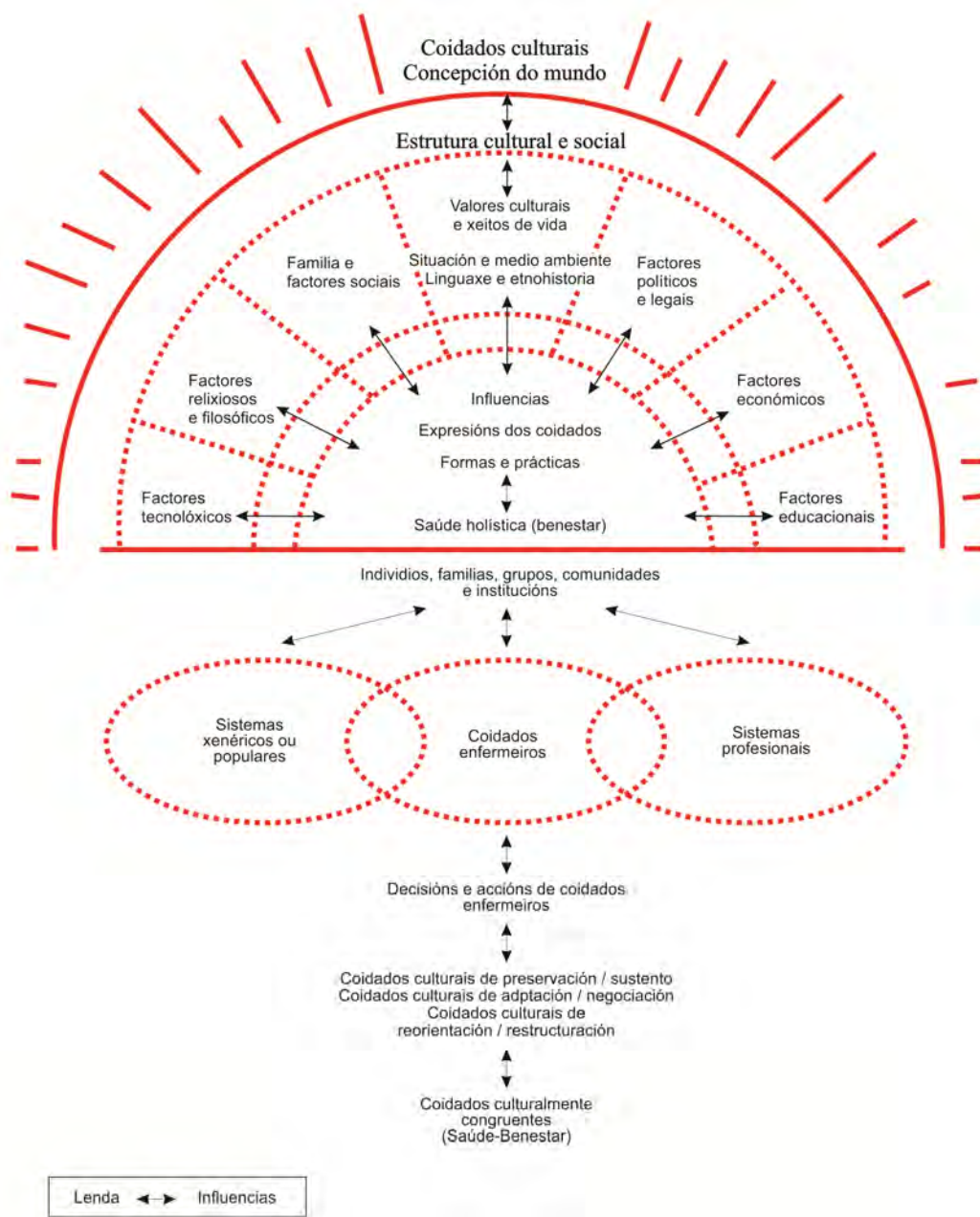


Figura 6. Modelo do sol nacente de Madeleine Leininger

Fonte: Tradución propia a partir da versión española Cecilia Rohrbach.(Rohrbach, 1998, p. 34)

O desafío é o de continuar co desenvolvemento da Teoría do coidado de Enfermaría Cultural, dala a coñecer aos profesionais de enfermaría para que a súa pegada sexa máis ampla e inclusiva, non só a nivel sociosanitario, tamén no contexto sociopolítico.

Estas teorías son as primeiras que contemplan, de forma explícita, os coidados dende o prisma cultural e van a abrir as portas a outras teorías e modelos que vemos a continuación por orde de aparición cronolóxica.

2.5.3. Modelo de Competencia cultural Larry Purnell

Durante o século XX déronse en todo planeta moitos movementos migratorios, motivo polo que a OMS nos anos oitenta se empeza a preocupar abertamente pola multiculturalidade.

Larry Dale Tazan Purnell, graduouse en enfermaría en 1969, realiza un Mestrado en Enfermaría en 1977. Xefe do programa da Mestría en Enfermaría e Administración de Servizos de Saúde (1981), profesor da atención de saúde transcultural a través de varios departamentos (2013) Escribiu máis de 50 artigos, máis de 50 capítulos de libros e oito libros, dous dos cales están escritos en español. O seu libro, "Transcultural de Saúde: Un enfoque culturalmente competente", basease no Modelo de Competencia Cultural.

Encontramos que na visión da teoría da Competencia Cultural de Purnell unha das características básicas da cultura é a de ser inconsciente, sendo esta a que lle da o seu poder sobre a saúde e a enfermidade.

A cultura fai referencia á totalidade de patróns comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenzas, os valores, as costumes mailos estilos de vida e tódolos outros produtos do traballo humano e os pensamentos característicos dunha poboación de persoas que guían a súa visión do mundo e as súas decisións. Eses patróns poden ser explícitos ou implícitos, aprendidos de xeito primario e transmitidos na familia, ensinados polos demais membros da cultura e é un fenómeno emerxente que cambia en resposta á dinámica global. A cultura é altamente inconsciente e ten unha poderosa influencia na saúde e na enfermidade. (Osorio Merchán MB, 2008)

Purnell desenvolve o modelo de Competencia Cultural a partires de 1995. Define a competencia cultural como a *"adaptación da atención de xeito consciente coa cultura do usuario, polo tanto, de xeito consciente configura un proceso lineal"*(Marrero, 2013). Este modelo basease en teorías e investigacións tomadas da organización, comunicación administrativa e das teorías do desenvolvemento familiar. Ademais conformase fundamentada en diferentes disciplinas como: antropoloxía, socioloxía, psicoloxía, anatomía, fisioloxía, bioloxía, ecoloxía, nutrición, farmacoloxía, relixión, historia, economía, ciencia política e a lingüística.(Purnell, 1999, p. 92)

Na practica do Modelo de Competencia Cultural, Purnell define, catro niveis: 1.inconscientemente incompetente, 2.conscientemente incompetente, 3.conscientemente competente, 4.inconscientemente competente.

O creador desta corrente considera que os profesionais están no nivel de conscientemente competente, o ideal sería que acadasen o nivel de inconscientemente competente; este nivel dáse cando unha persoa acadou unha competencia cultural de tal nivel, como para exercer-la súa labor nun contexto determinado, de tal xeito, que xa non se da conta da súa competencia despois de realizar o adestramento axeitado.

Este modelo baséase na valoración dunhas características primarias e secundarias. Dentro das primarias sitúanse: nacionalidade, raza, cor de pel, idade e crenza relixiosa. Por outra banda, nas secundarias están: nivel educativo, residencia (urbana ou rural) identidade do territorio, estado civil, estado de paternidade, características físicas, orientación sexual, nivel socioeconómico, crenzas políticas, experiencia militar, cuestións de xénero, razón pola migración e estado de inmigración.(Purnell, 1999, p. 92)

No referente ás definicións dos seus metaparadigmas Purnell (1999) fálanos de cinco termos: persoa, familia, comunidade, sociedade global e saúde. Considera que a persoa é un ser humano en constante adaptación ao ambiente dende un punto de vista biopsicosocial. Entende a familia como dúas ou máis persoas que se envolveren emocionalmente uns cos outros, podendo vivir en estreita proximidade. Describe a comunidade como o grupo ou clase de xente que teñen un interese común e que viven nun lugar específico. A sociedade global, para este teórico, é o mundo, que funciona como unha comunidade grande de persoas en continua multiculturalidade. No referente á saúde, considera a esta como un estado san, definido por unha persoa ou grupo étnico que xeralmente ten implicacións biopsicosociais e mais espirituais, actuando reciprocamente coa familia, coa comunidade e coa sociedade global.

Algunhas das asuncións de Purnell están implícitas nos modelos de Leininger. Entre os máis salientables para poder levar a termo uns coidados culturalmente competentes están os seguintes:a) os profesionais do coidado de saúde requiren moita información xeral sobre a cultura e información específica acerca da mesma, así como tamén da diversidade cultural acerca dos metaparadigmas da sociedade global, a comunidade, a familia, a persoa, a saúde.b) A cultura da aprendizaxe é un proceso continuado e desenvolvido nunha variedade de formas, pero principalmente, por encontros entre culturas. c) Pódense minimizar prexuízos e as desviacións coa comprensión cultural. d) Para seres eficaz, o coidado da saúde debe reflectir a comprensión única dos valores, crenzas, actitudes e a visión do mundo, de poboacións diversas e modelos de aculturación individuais. e) Diferenzas en canto a raza e cultura, requiren intervencións diferentes para así proporcionar coidados sensitivos e competentes.

O modelo de competencia asume explicitamente novos atributos, con respecto a Leininger, no referente aos coidados culturais entre os que Purnell (1999) destaca os seguintes:

- Unha cultura non é mellor que outra, tan só resultan diferentes.
- A cultura dominante presenta semellanzas con tódalas demais culturas.
- Ademais das diferenzas que hai entre cada cultura dentro de cada unha delas tamén as hai.
- Resulta de gran importancia ter en conta que as culturas cambian, non son algo estático, este cambio observase co paso do tempo.
- Si os usuarios coparticipan no coidado e teñen unha opción no referente ás metas de saúde, os resultados da súa saúde melloran.
- Cada individuo ten dereito a ser respectado pola súa singularidade e herdanza cultural.
- Os usuarios dos coidados de saúde, son quen de poder avaliar, planear e intervir para que de forma competente se mellore o coidado de usuarios dunha cultura en concreto.
- Os profesionais do coidado en saúde, que traballan dende unha perspectiva cultural, son mellores na aprendizaxe sobre as súas culturas propias.
- Os profesionais, organizacións e asociacións, tamén teñen as súas propias culturas.

Da por sentada a gran importancia e influencia que ten a cultura na interpretación dun mesmo o que vai ter como resultas as diferentes respostas aos coidados da saúde.

Entre os novos atributos que vimos de sinalar, tamén da por sentada que os profesionais do coidado da saúde requiren posuír información sobre a diversidade cultural así como dos conceptos dos metaparadigmas da sociedade global, a comunidade, a familia, a persoa e a saúde. Os profesionais dos coidados deben contar cunha información xeral e específica acerca da cultura, para poder proporcionar uns coidados adaptados e sensitivos e competentes. Débese reflectir a comprensión única dos valores, crenzas, actitudes, visión do mundo, de das diversas poboacións e de modelos de aculturación individuais.

Para describir este modelo, Purnell diseña un diagrama en forma de catro círculos concéntricos. Unha marxe periférica que representa á sociedade global. Unha segunda marxe, interna, representa á comunidade; unha terceira, máis interna, á unidade familiar, e unha marxe interna, no centro representa á persoa en si. Na parte central representa cunha división en forma de círculo, conformada por doce cuñas que representan os dominios culturais e os conceptos de cada un.

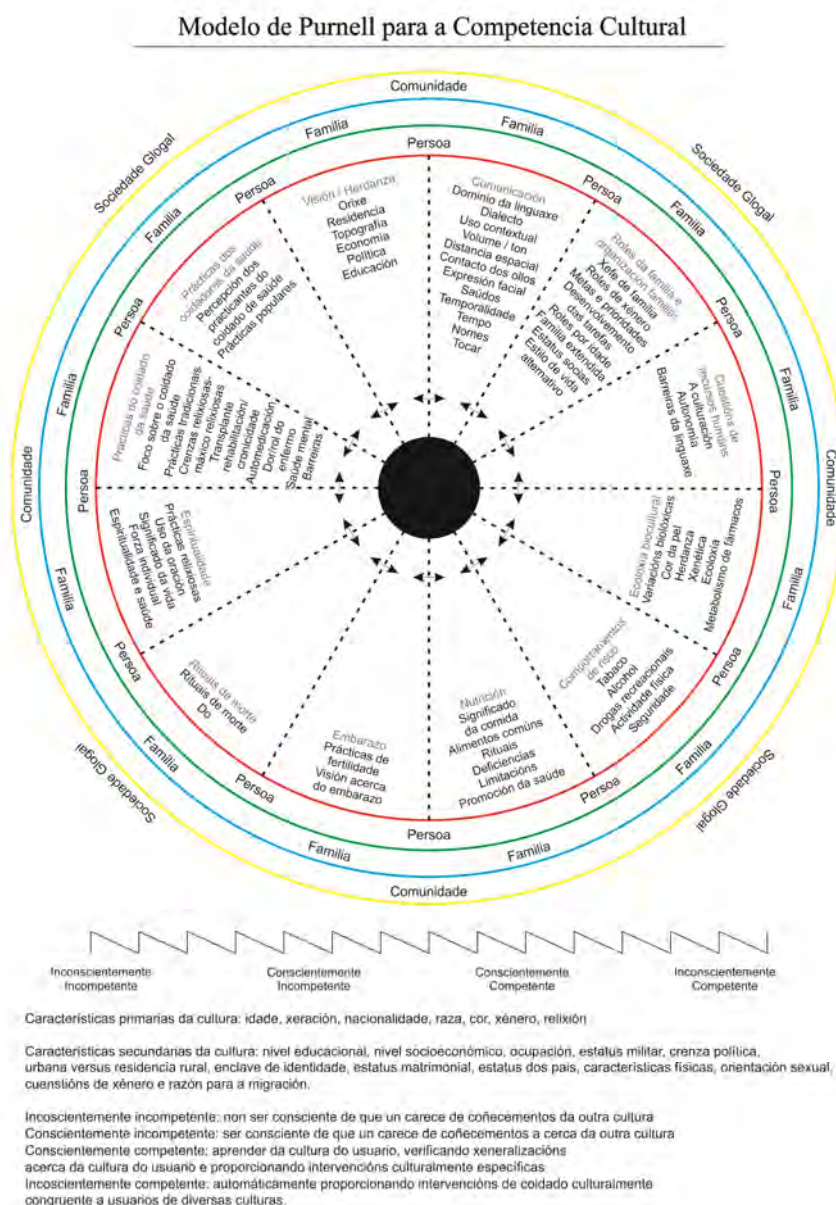


Figura 7. Diagrama do Modelo de Purnell

Fonte: Tradución propia a partir de El modelo de competencia cultural de Purnell (Purnell, 1999, p. 93)

Estes doce dominios como se pode observar no gráfico proporcionan unha fórmula para avaliar estas variables de xeito sistemático e de forma comprensiva.

O modelo de Purnell pódese aplicar os coidados dende diferentes plataformas:

- 1.Práctica. Actualmente está a darse unha tendencia a traballar de xeito interdisciplinar, sendo este un modelo aceptable para avaliar, planear e intervir nunha cultura coa finalidade de mellorar a saúde da persoa, a familia ou a comunidade.
- 2.Educación.Cómodo e fácil para ser manexado polos estudantes de profesións relacionadas co mundo da saúde.
- 3.Administración. O modelo ademais de dirixirse os

usuarios e familiares, inclúe proxectos educativos e organización do coidado da saúde, pódese empregar para avaliar a cultura da organización e os temas culturais entre profesionais. A cultura dunha organización reflicte a estrutura social, os antecedentes históricos, os valores ... as políticas e os procesos de avaliación. Tamén se pode empregar para determinar a compracencia dos usuarios e o axeitado dos coidados.⁴ Investigación. Entre outras para guiar a recompilación de datos para diferentes investigacións, seguindo o método etnográfico ou estudos de grupos culturais específicos. (Purnell, 1999, p. 96).

2.5.4. Modelo de Herdanza cultural e Tradicións de Saúde

Rachel E. Spector doutora pola Universidade de Texas e Licenciada en enfermmería pola Universidade de Boston, foi Presidenta da Transcultural Nursing Society. Conta cunha dilatada experiencia en investigación antropolóxica, é defensora do modelo de Enfermería Transcultural, destacando nas súas ensinanzas, a *“grande importancia que ten integrar na práctica profesional enfermeira as diferentes culturas e costumes dos usuarios que se poñen na nosas mans como profesionais da saúde”*. (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias, 2009)

O seu traballo de investigación centrase no desenvolvemento dos modelos de ensinanza dos coidados de enfermmería eficaces en poboacións multiculturais. Tamén afonda na dimensión herdada da diversidade cultural e a influencia que esta ten na organización e na prestación de coidados.

Spector, viviu unha experiencia nunha das súas viaxes a España, onde se deu conta de cómo a pesar de coñecer o idioma e ter exercido educación en saúde, tivo un conflito entre as crenzas propias mailas dos seus pacientes, deducindo que esta situación podería ocorrer dentro dos sistemas de saúde. (Spector, Cultura, Cuidados de salud y enfermmería., 1999, pp. 66-73)

Define como conceptos do seu modelo: a saúde como o equilibrio físico, mental e espiritual da persoa. A enfermidade como o desequilibrio físico, mental e espiritual da persoa. A curación como o restablecemento do equilibrio físico, mental e espiritual da persoa. Os coidados culturais como aqueles coidados de enfermmería profesionais que son culturalmente sensibles, culturalmente congruentes e culturalmente competentes. Culturalmente sensibles, implica que posúen uns coñecementos básicos e unhas actitudes construtivas cara as tradicións de saúde dun grupo cultural no lugar no que se está traballando. Culturalmente congruente, aplícanse aos coñecementos anteriores subxacentes que se deben posuír para proporcionar a un usuario os mellores coidados de saúde. Culturalmente competente, implica que dentro dos

coidados prestados se comprende e se presta atención a todo o contexto do paciente. "A cultura da forma á maneira en que a persoa vive a saúde maila enfermidade" (Spector, Cultura, cuidados de salud y enfermmería. Cultura de los Cuidados, 1999, pp. 66-73).

No que se refire o PAE, esta autora, define tres conceptos máis para desenvolver un camiño de cara os cuidados culturais: valoración do legado cultural, fenómenos culturais que afectan a saúde e a valoración das tradicións de saúde.

Ampliou a Teoría da Consistencia hereditaria (creada previamente no ano 1980 por Estes e Zitzow para asesorar aos indios norteamericanos) co obxecto de coñecer de qué xeito un estilo de vida está influenciado pola tradición dunha cultura, sexa europea, asiática africana, ou latinoamericana. Para elo valorou características como: "fala, preferencias alimenticias, nome, escola a que asistiron, veciños achegados e actividades sociais". Con este modelo determinou que nunha mesma persoa poden coexistir aspectos que proveñen da súa cultura e a vez aspectos que no proceden dela debido á aculturación (Muñiz Toyos, 2014).

No referente á valoración do legado cultural, di que se fai co obxectivo de determinar en que grao a persoa ou familia é participe coas tradicións da súa cultura.

Na valoración das tradicións de saúde estarían as crenzas e as practicas que a persoa ou a familia teñen co propósito de manter, protexer e restaurar a súa saúde.

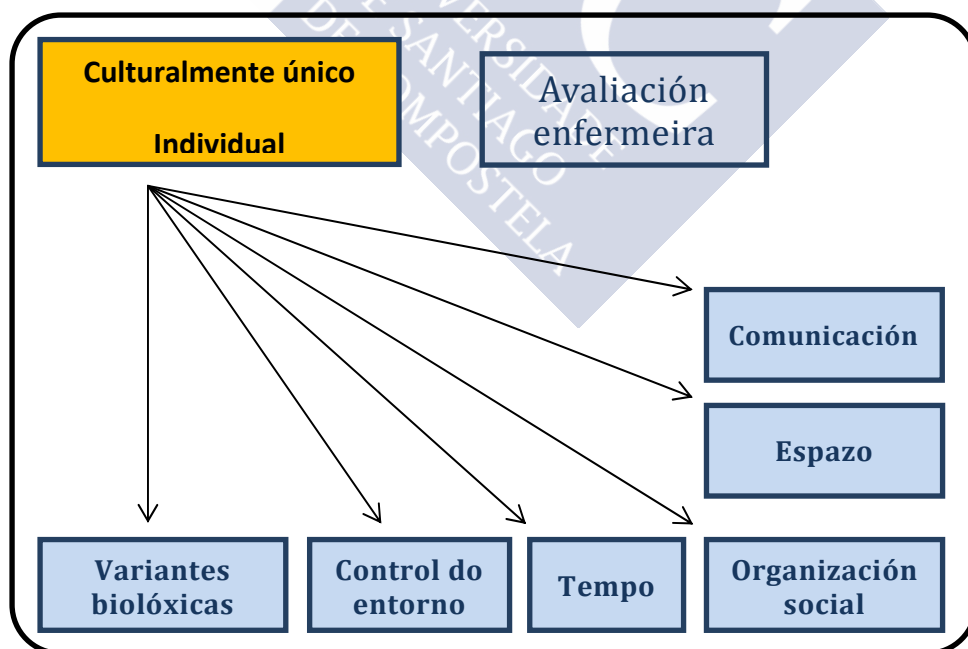


Figura 8. O Modelo de Avaliación Transcultural de Giger e Davidhizar

Fonte propia a partir de Ginger e Davidhizar (Ginger & Davidhizar, 2002, pp. 185-8)

En canto os fenómenos culturais que afectan a saúde asume os sete descritos en 1995 por Giger e Davidhizar que se sinalan na figura 8:

- Orientación no tempo, a concepción do tempo debe de ser valorada tanto para o presente, o pasado e o futuro. O concepto do tempo non se formula polo feito de levar un reloxo ou un almanaque, se non polas necesidades.
- Espazo persoal e territorialidade, implica o lugar dos comportamentos e actitudes dunha persoa cara o espazo que se encontra entorno a un mesmo. A territorialidade é unha actitude de cara a un área que unha persoa reclamou e defendeu ou racionou emocionalmente cando outra persoa a invadiu. Os dous están influídos pola cultura.
- Comunicación, é unha parte integral da cultura. Inflúe e reflicte a forma en que se expresan os sentimentos e mailo significado da linguaxe verbal e non verbal.
- Organización social, inclúe aspectos culturais tales como unidade familiar, roles de xénero ou comportamento e a organización dos grupos sociais.
- Variables biolóxicas, existe un número incontable de variables biolóxicas ou diferenzas fisiolóxicas que contemplan a susceptibilidade d para enfermarse.
- Hábitos de comida e alimentación, varían amplamente entre os grupos culturais. De calquera maneira estas costumes levan consigo unha significación emocional e social.
- Control do entorno. Encóntanse incluídos os sistemas complexos de saúde tradicional e as crenzas sobre a enfermidade, as practicas folk da medicina e o emprego dos curandeiros tradicionais. Todos eles forman un nexos de unión coas tradicións de saúde. (Spector, Cultura, Cuidados de salud y enfermmería., 1999, pp. 66-73)

Creou o "Modelo de Tradicións de Saúde" no que ten en conta tódolos aspectos tradicionais para o mantemento da saúde que inclúen o corpo, mente e máis espírito o que confire o modelo unha abordaxe holística.

2.5.5. Modelo do Proceso de Competencia Cultural na Prestación de Servizos de Saúde.Campinha – Bacote

Josepha Campinha-Bacote, graduada pola Universidade de Rhode Island en 1974, doctora pola Universidade de Virginia en 1986. Presidenta e fundadora do CARE Transcultural Associates dende 1990, un servizo de consulta que se centra en cuestións

clínicas, administrativas, de investigación e de ensino na área de saúde e dun xeito específico saúde mental transcultural.

Esta autora desenvolve o seu modelo de " Proceso de Competencia Cultural na Prestación de Servizos de Saúde" definindo a competencia cultural como o proceso no que os profesionais sanitarios se esforzan continuamente en acadar a capacidade e dispoñibilidade para traballar eficazmente no contexto cultural do usuario (familia, individuo ou comunidade). Se o profesional non está o bastante motivado e a súa gran aspiración non é conseguir ser o suficientemente competente e comprender as crenzas e interpretacións de saúde e enfermidade dos usuarios que proveñen de diferentes lugares do mundo, non se adquirirá unha competencia cultural real.

Inclúe dúas dimensións previamente non definidas por outros autores e que forman parte da competencia cultural. A primeira delas é a necesidade de ter desexo cultural, facendo este referencia á motivación persoal pola adquisición das competencias culturais. A segunda fai referencia á importancia dos encontros culturais para interaccionar con outras etnias, como un dos mellores métodos para adquirir a comprensión, empatía e coñecemento, pois compartir, experimentar as vivencias das persoas doutras etnias será condición esencial para sentir de xeito similar o que senten nas súas vidas de cote. Pode facerse necesaria, probablemente, a axuda experto no idioma co gallo de superalas barreiras da comunicación (Muñiz Toyos, 2014).

As restantes dimensións da competencia cultural engloban a adquisición de: a) conciencia, sensibilidade, respecto e restrición dos prexuízos coas culturas; b) coñecementos culturais, estudando características das culturas; c) habilidades culturais, mediante o uso de instrumentos adecuados para avalialas. (Campinha-Bacote, 2002, pp. 181-184)

Este modelo de Camphina-Bacote, ofrece unha guía á hora de prestar unha atención eficiente e culturalmente competente na práctica cotiá. Segundo esta autora, hai que avanzar por cada unha das seguintes fases, que constitúen os elementos da competencia cultural, para desenvolver uns coidados de calidade: 1.conciencia cultural,conciencia dun mesmo como suxeito cultural; 2. coñecemento cultural, coñecementos e prácticas dunha variedade de grupos; 3. habilidades culturais; encontro cultural e nunha segunda revisión engade o de desexo cultural (Lipson, 2000, pp. 28-29).

Campinha-Bacote define dun xeito claro os anteriores termos: conciencia cultural, como o proceso de realización dun exame de conciencia dos propios prexuízos de cara a outras culturas e da exploración en profundidade dos antecedentes culturais e profesionais propios; coñecemento cultural, proceso no que o profesional da saúde busca e obtén unha base educativa sobre grupos culturalmente diferentes;habildade cultural, a capacidade de realizar unha avaliación cultural, xuntar datos culturais axeitados ao problema do usuario; encontro cultural, o proceso que promove ao profesional a participar directamente nas interaccións culturais do usuario, para

modificar as súas propias crenzas e non crear posibles estereotipos en canto á persoa; e por último desexo cultural como a motivación dos profesionais sanitarios para chegar a ser culturalmente conscientes (Ibarra & Siles, 2006).

O que como profesionais traballemos desde esta perspectiva, vainos a permitir recoñecer a nosa cultura e a das persoas ás que atendemos coa finalidade de dar uns coidados culturalmente aceptables, baseados non so nos aspectos biofísicos se non tamén en aspectos culturais, sociais e máis ambientais (Bonill & Celdran, 2012).

O xeito como se van desenvolver estes modelos no futuro, ate o momento todo parece indicar, a vista do estado da cuestión, que dependerá en boa medida, das directrices que marquen as políticas e a economía do momento. Moito menos influente será a vontade dos profesionais ou dos usuarios. Con todo, non deixaremos de analizar as visións da poboación directamente implicada.





Capítulo 3. Percepción popular dos coidados de enfermaría



El niño enfermo (Lira, 1902)

Os que traballan nun hospital son como esponxas que absorben o noso lixo día a día. Pero unha esponxa, se non libera, chega un momento en que “pringa” e en vez de limpar, mancha. A saúde do mellor sanitario vaise o diaño se non se drenan os malos humores ... (Edelmiro Ulloa, 2013)



3.1. Preliminares

Facendo unha síntese podemos dicir que os diferentes tipos de coidados que se prestan a un individuo poden incluírse dentro de catro grupos: domésticos, técnicos, integrais e holísticos. Os domésticos, non requiren unha formación específica. Os segundos, son realizados por persoal preparado e cualificado. Os integrais e mailos holísticos, son os que contemplan o conxunto, a globalidade do individuo ou grupo, non so o problema en si.

Estes coidados están a cargo de profesionais cualificados e especialmente sensibles, considerando o individuo humano como un ser holístico e non como un ente bio-psico-social, consideran que o individuo transcende o seu propio corpo, a súa propia mente e considérano como un ente cultural e social o que se debe coidar na súa totalidade.

Na historia particular da enfermaría no noso país, debemos de ter presente que a enfermaría como profesión afonda as súas raíces nos profesionais que nos precederon dende mediados do século XIX. Estes foron os practicantes, as matronas e as enfermeiras, profesións estas que se xuntaron a mediados do século XX (1953) na de Axudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Esta fusión non chegou a ser unha realidade na praxe até a década dos setenta dado que se daba unha separación de sexos, non so nos profesionais se non tamén na ubicación dos usuarios dos diferentes servizos sanitarios. Así encontramos que a principios da década dos oitenta os usuarios ingresados no hospital estaban separados por plantas ou corredores, para homes e para mulleres; chegando a darse a circunstancia de que se un home e a súa dona tiñan un accidente e eran ingresados no servizo (poñamos por caso de Traumatoloxía) non podían estar ingresados no mesmo cuarto, salvo permiso específico da Dirección do centro e do Xefe de Servizo. Escusado é dicir que o persoal enfermeiro masculino, non podía traballar na planta de Xinecoloxía ou o feminino en Uroloxía para homes. Esta separación foi diluíndose no tempo.

Foi a partires de 1981 coa chegada o mundo laboral da primeira promoción de Diplomados en Enfermaría, cando se abren novas perspectivas para a profesión, entre elas a posibilidade da autonomía na xestión, formación, investigación e maila praxe clínica. Nembargante non será até a primeira década do século XXI cando se comecen a ver cristalizadas estas realidades dun xeito xeneralizado.

Cando rematou, no curso 2012/13, a primeira promoción de Graduados en Enfermaría, a imaxe social dos profesionais, continuaba sendo a do antigo practicante,

e entre os máis progresistas a do ATS. Imaxe que segue a facer do profesional de enfermaría un subalterno que axuda baixo as ordes do médico, quen resulta ser o responsable da saúde e dos coidados que o enfermo recibe.

A día de hoxe nos centros de atención sanitarias e continúanse a colocar estas siglas (ATS) nos uniformes dos profesionais de enfermaría. Mesmo nos documentos oficiais, caso do Diario Oficial de Galicia (DOGA) e outros documentos internos do Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Continúa vixente esta denominación, aceptada por boa parte dos profesionais, consciente ou inconscientemente.

Na linguaxe popular emprégase o termo ATS para denominar o profesional da enfermaría, por considerarse que esta categoría é superior a de enfermeiro/a. Esta crenza procede de mediados do século XX cando se denominaba enfermeiro a unha persoa sen coñecementos que facía as funcións de padioleiro e auxiliaba o médico ou o practicante nas tarefas que requirían forza física, incluso nalgúns intervencións cirúrxicas que se realizaban no hospital. Esta figura, no noso país, continúa presente nos hospitais dependentes do Estado ate mediada a década dos oitenta. Sendo desprazada pola do celador nun primeiro momento, figura esta que tamén está en extinción da xeografía sanitaria, nestes momentos.

Na prensa, continuamos vendo como se lle denomina ATS a enfermeira/o, seguramente nun afán non de menoscabar a profesión, senón de darlle un contido pragmático importante dentro do mundo da saúde. O que non quita que haxa un descoñecemento, da profesión enfermeira, por parte dos informadores que actúan como espello do pensamento popular.

Non hai a menor dúbida: popularmente o profesional da enfermaría é o axudante do médico. Isto ven a supor unha misión de realizar tarefas dependentes e ordeadas por este último. Durante o proceso de investigación tiven a ocasión de traballar con alumnos de Bacharelato (BAC) nun programa da USC chamado “A ponte”, no que se realizan unhas intervencións de profesorado da universidade en centros que contan con BAC. A finalidade é dar a coñecer as ofertas dos diferentes estudos universitarios os que poden ter aceso. No meu caso tiña que falar das Ciencias da Saúde e en particular da Enfermaría. Nun primeiro momento co gallo de romper o xeo, eu solicitaba aos alumnos que me dixesen o que lles parecía a eles que fai unha enfermeira/o no seu traballo de cote; en tódolos grupos sen excepción o primeiro que dicían era: *axudar o médico*, no que estaban de acordo o resto do grupo e os profesores presentes asentían con pleno convencemento, polo acertada que estaba a resposta dos seus alumnos. A medida que avanzaba a sesión e ían escoitando a cantidade de funcións e actividades independentes (ou propias da profesión) que desenvolven os profesionais de enfermaría na actualidade, bombardeábanme con interrogantes sobre o exercicio profesional.

Efectivamente o profesional de enfermmería aplica técnicas nas súas actividades, pero son actividades que el xestiona sen necesidade de supervisión de profesionais doutras disciplinas; non é un mero técnico, decide cando e como aplicar as diferentes actuacións, cun criterio profesional que imprime o coñecemento da súa disciplina. Tamén podemos dicir que os enfermeiros son sanitarios, o seu traballo está directamente relacionado co mundo da saúde e dos coidados desta, dende o punto de vista preventivo ou curativo. Non é axudante porque ten as súas propias funcións perfectamente definidas. Neste capítulo imos observar como estas características non son coñecidas en absoluto a nivel popular.

Outra idea comunmente acatada é que os profesionais de enfermmería coidan aos enfermos, entendendo estes coidados como axuda no que precisen, e dirixido dun xeito especial aos coidados básicos ou elementais, como a hixiene do usuario, a súa alimentación, hidratación, tratalo dun xeito afectuoso, ser amable, facilitarlle o que precise, escoitalo, animalo se o seu ánimo está baixo, ter paciencia con el ou ser tolerante. Imos ver máis adiante como estas características “femininas”, pídenselle a muller enfermeira. En cambio, a un home pídese que sexa un profesional con coñecementos técnicos. Estamos a falar de novo da división do traballo feminino e masculino; os coidados domésticos pertencen o primeiro grupo, os coidados profesionais ocupan un estatus superior.

No imaxinario popular está presente unha división entre as características femininas e mailas masculinas. Na primeira semana de clases no primeiro curso de enfermmería, teño ocasión de preguntar o alumnos: Qué características debe de ter un coidador/a? Invariablemente, nos dez anos que levo facendo esta pregunta saen características ligadas o xénero feminino: ter paciencia, cariñoso, amable ou saber escoitar, características todas elas atribuídas o rol feminino. Aparecen outras nun segundo termo: ter coñecementos, ser bo profesional ou manexar as técnicas, características estas que se atribúen o rol masculino. Non falta nunca a necesidade de “ter vocación”, como a resposta mais empregada. O curioso, ou non tanto é que as primeiras, polo xeral, son defendidas polas rapazas e as segundas polos rapaces, realizándose un intercambio dos diferentes pareceres nun interesante debate no que acostuman rematar dicindo que as dúas posturas son importantes.

Na idea do popular, por tanto, os coidados domésticos estarán exercidos por mulleres dado que son estas as que pola súa condición de xénero están en posesión das calidades femininas. O home, que se lle supón carente da capacidade para dar afecto, escoitar, acompañar na dor, reclamáselle o coidado técnico e de calidade. Podemos observalo no seguinte caso

Chaman a un timbre e cando acudo o cuarto dime o usuario – desculpe que o molestase, se puidese vir a señorita a pórme a chata ... sinto que viñese vostede – explícolle que o vou facer eu, cando me dispoño a realizar esta tarefa, insiste – vostede

non se abaixe, que veña unha rapaza... É vostede ben agradable hom non facía faia que o fixese ...(Home DUE, 53 anos).

As nocións que se plasman neste capítulo, sobre a presente investigación, elabóranse a partir da observación de comentarios obtidos en diferentes momentos da vida cotiá, así como nos medios de comunicación e doutras experiencias, mesmo na docencia da enfermaría con alumnos de primeiro curso, no seu primeiro mes de contacto cos estudos desta profesión e, como non, no contexto da praxe clínica.

Á hora de realizar a análise do material etnográfico, imos buscar referencias e significados do “coidado”, así como, da relación coas figuras precedentes do profesional actual: o Practicante e o ATS.

O resultado dunha primeira análise do discurso empregado polos usuarios dos servizos de saúde, levounos á organización dos materiais en catro dominios:

1. O xénero nos coidados de enfermaría. Dentro deste dominio analizamos os coidados de enfermaría como unha cuestión de xénero.
2. A xerarquía nos coidados. Importancia desta cuestión na praxe cotiá da profesión.
3. O espazo mailo tempo nos coidados. Estudaremos se estas dúas variables inflúen na percepción que teñen os usuarios sobre os coidados.
4. O lugar que ocupa a técnica e mailo contido do coidado. O coidado culturalmente competente.

Dende esta visión duns dos actores principais do estudo vai interesaranos, por unha banda cómo son percibidos, polos usuarios, os coidados de enfermaría. Por outra cómo lles parece aos usuarios que deben de ser os coidados de enfermaría.

Non debemos perder de vista o eixo no que se incardina toda a análise sobre o *coidado do individuo, a familia e maila comunidade*. Tódolos elementos que se someten nesta tese a unha visión crítica, vanse encontrar arredor deste elemento central.

Partiremos da reflexión sobre o coidado no contexto popular no que se desenvolve a profesión enfermeira. Na maioría das ocasións, os destinatarios das intervencións profesionais son usuarios alleos o sistema e ao igual que os profesionais encóntranse inseridos nunha cultura, que influencia non so o xeito de pensar, tamén condiciona á vez as diferentes actuacións. Así a partir desta idea planeamos que existen elementos comúns entre o coidar que se exerce no núcleo familiar e o coidar dos profesionais.

A idea popular de coidar a alguén, resulta determinante para a configuración do xeito de coidar a un usuario de forma profesional por parte do persoal de enfermaría.

A estas alturas non podemos facer oídos xordos á opinión dos usuarios pois é eles a quen van dirixidos os coidados enfermeiros. É o momento de abandonar o modelo biomédico, paternalista, onde o profesional é o que impón o seu criterio ao usuario, como se dun neno ou alguén privado do uso do raciocinio se tratase, anulando así as liberdades máis elementais, dos que usan o sistema de saúde, como son o poder decisorio sobre os seus coidados e a súa saúde.

Estas son as razóns polas que debemos realizar unha análise crítica do pensamento popular, relacionado co tema que temos entre mans, *os coidados da saúde*.

3.2. O coidado na vida de cote: un coidado popular, vital, natural e social

O coidado nace co ser humano. Dáse a circunstancia que o home é a criatura do mundo animal que precisa de coidados durante un maior período de tempo, ate acadar unha autonomía como individuo e valerse por si mesmo, de aí en parte a súa evolución como ser social, vinculada a súa necesidade vital de xeito natural.

As necesidades do coidado nos inicios da vida, vese atendida e satisfeita nun primeiro momento no ámbito doméstico, dun xeito particular a través da figura materna, quen proporciona os primeiros coidados e a quen se identifica como coidadora natural. A nai é a que cubre as necesidades básicas do acabado de nacer: alimentación, hidratación, hixiene, abrigo, protección fronte a perigos e ameazas. A través da nai vai abríndose ao mundo que o rodea e a sociedade, desenvolvendo as súas capacidades cognitivas, afectivas e mesmo formando a súa propia personalidade.

Existen outras figuras que contribúen o coidado do acabado de nacer, dentro incluso do ámbito familiar, non obstante, vai ser o contacto físico coa nai, a dependencia, maila súa presenza a beira do recen nado, o que a converte na figura prototípica de quen coida. Por este motivo e como vimos o comezo deste capítulo, a noción de coidado identifícase coa crianza, coa persoa que nutre, alimenta. Unha das características dos coidados no ámbito familiar é a da intimidade que se da no medio do coñecido, do propio ambiente, no que todo resulta sinxelo, sen elementos alleos ou estraños o individuo.

Cando na linguaxe cotiá falamos de coidar, aplícase a moi diversos elementos e formas: coidase ás persoas, os animais, as plantas, inclusive podemos facelo extensivo a cousas, o mesmo coidamos a un can ou un gato, que unha leira, ou a vestimenta. O obxecto de coidar a alguén ou algo, é facer que perdure, nun primeiro momento facelo vivir e posteriormente mantelo vivo, pero non so iso, coidar implica mantelo vivo nas mellores condicións que nos resulten posibles.



Uns dos primeiros coidados dos que temos constancia a practica dos coidados na morte. Isto fainos pensar que o corpo é obxecto de coidados. Os individuos son soterrados con obxectos, pinturas, en orientacións e posicións concretas. Moitas veces ligados a rituais máxico-relixiosos e mesmo de culto. Os rituais funerarios non son polo tanto realizados o chou.

Figura 9. Coidados populares nas civilizacións primitivas.

Fonte: Historia de la fisioterapia. (LFTRADGE, 2015).

No caso dun obxecto, coidar, supón que conserve a súa integridade, que non se rompa, que non se estrague. No caso de seres vivos o significado de coidar pasa por axudarlles a que medren e se desenvolvan, segundo as súas propias características. O coidado nun senso xenérico, por posuír elementos comúns, pódese aplicar, como estamos vendo, a cousas, vexetais, animais ou persoas, sendo nestas últimas nas que imos a centrar o noso estudo, por ser ámbalas dúas os elementos clave: coidado e persoa.

Na vida do ser humano, nun primeiro momento, o coidado é o que permite a supervivencia do individuo, pois este nace indefenso e totalmente dependente. A medida que vai medrando, vaise desenvolvendo en tódolos aspectos da vida e para que ese desenvolvemento sexa efectivo, precisa de coidados. Algúns destes coidados dependen del mesmo, outros sonlle proporcionados por outros individuos, dependendo da súa capacidade de autocoidarse e segundo a súa autonomía.

Canto máis independente é o individuo, precisa menos coidados externos doutros, podemos dicir que é máis autosuficiente nos coidados. No caso en que perda autonomía persoal, vólvese máis dependente dos coidados doutros. No mellor dos casos, por moi independente e autónomo que sexa, existen circunstancias de

vulnerabilidade, certos momentos persoais nos que continúa precisando ser coidado por outros. Estas afirmacións son feitas da experiencia cotiá, percibidas e compartidas nun marco social no que se desenvolve esta investigación.

O obxectivo que busca o individuo en ámbalas dúas circunstancias, de coidar de si mesmo ou ben ser coidado por outro, resulta ser nos dous casos o mesmo: manterse vivo, desenvolver as súas potencialidades, tódalas posibilidades que posúe polo feito de ser humano, chegando a satisfacer unha serie de necesidades, básicas ou non tanto, que lle permitan acadar os seus obxectivos persoais.

As situacións de enfermidade, invalidez, deficiencia e a morte, son especialmente significativas e específicas, circunstancias estas que levan á necesidade de recibir coidados doutros. Estes momentos puntuais, volven amosarnos ao ámbito doméstico como o primeiro lugar no que, de ordinario, se poñen de manifesto e se atenden esas necesidades nunha primeira instancia e mesmo dentro deste circulo, continúa sendo, nestes casos, a muller unha figura relevante, personificada na nai, a esposa, a irmá ou a filla.

Outra circunstancia característica respecto do coidado, consiste na súa propiedade reflexiva, un pode ser coidado e á vez coidar a outros.

O coidado é unha característica inherente o ser humano, vital, forma parte da experiencia persoal, acompáñao dende o seu nacemento ate a súa morte, permítelle vivir, medrar, expresar compromisos, afectos, formar parte dun grupo ou aprender (inclusive sen ser percibido, polo propio individuo). Forma parte ordinaria dos diferentes xeitos de relación.

O feito de que os coidados no ámbito doméstico e familiar, sexan frecuentes, por non dicir cotiás, fai que estes non cheguen a posuír relevancia no ámbito social, mentres que posúen a súa eficacia no ámbito privado do vital.

3.3. Análise do discurso e observacións de campo

Sinalar en primeiro lugar que o material etnográfico que imos analizar, procede, como xa se dixo no capítulo primeiro, de entrevistas en profundidade, da análise realizada con grupos de traballo socializados e a observación da vida cotiá intra e extrahospitalaria.

As entrevistas que presentamos neste capítulo, foron realizadas por unha banda, a un grupo de persoas (mulleres e homes) de diferentes profesións e rangos de idade, no seu discurso trataremos de explorar o coidado, dentro do contexto social e vital. Por outra, a nosa atención diríxese a familiares e acompañantes de usuarios do

SERGAS, algúns deles en tempo presente, outros con experiencias xa pasadas no tempo. Si ben é certo que a hora de realizar a observación e mailas entrevistas se fixo unha distinción entre acompañantes e usuarios, no momento da análise dos discursos puidemos observar que tódolos acompañantes nalgún momento foron usuarios directos dos servizos sanitarios e viceversa, motivo este, polo que non facemos distinción a hora de plasmar aquí o discurso e poder sacar conclusións.

Xa fixemos constar no capítulo 1 que ao realizar a transcripción e mailo estudo, respectase o idioma empregado polos informantes e as súas expresións aínda que non sexan normativas. Por este motivo, se observará o bilingüismo nun mesmo texto, inclusive no mesmo parágrafo, así como expresión que non se axustan ás vixentes normativas lingüísticas.

Na medida na que se citen algúns textos de entrevistas, iremos contextualizándoos e particularizando os discursos, segundo os diferentes informantes.

3.3.1. Os coidados de enfermaría: unha cuestión de xénero

No contexto social o coidado atribúese a muller dende épocas remotas, ou iso é o que os autores da historia quixeron ver, de aí ven que o fundamento da profesión enfermeira se vincule dun xeito directo coa actividade de coidar natural, atribuída a muller.

Imos tomar como punto de partida a posición secundaria da muller na sociedade, unha realidade universal que se repite en tódalas culturas.

Tamén queremos subliñar que cando falamos de *xénero* diferenciámolo do termo *sexo*. Establecemos esta desigualdade en base aos sociólogos que *“utilizan o termino sexo para referirse ás diferenzas anatómicas e fisiolóxicas que definen as diferenzas do corpo do home e da muller. Pola contra, o xénero afecta as diferenzas culturais, psicolóxicas e sociais que existen entre o home e a muller”* (Montesó Curto, 2011, p. 92)

O xénero é un constructo social, directamente relacionado cos conceptos artificiais de masculinidade e feminidade, que non son consecuencia do sexo biolóxico do individuo.

No que o xénero se refire, no mundo occidental está dándose un cambio, que non deixa de ser convulso, sobre todo por parte dalgúns sectores máis conservadores. Pola contra, debemos ter presente que os cambios culturais son lentos

e incluso deben transcorrer varias xeracións, nalgúns casos, para que acaben consolidándose.

As formas culturais non cambian so polo feito de que existan unhas posibilidades de cambio. Para que se de o cambio teñen que se vencer resistencias ao cambio dos modelos aprendidos e interiorizados por homes e mulleres ao longo do seu proceso de socialización. Nos homes encontramos máis resistencia a cambiar o modelo tradicional pois iso implica renunciar a perder cotas de poder institucionalizado. (Giddens, 2002, pp. 165-166)

Os cambios que se están a producir nos países europeos non son percibidos como grandes avances dende unha perspectiva *émica*. Alén do océano, si son observados estes cambios que, no que respecta ao xénero dos coidados, se están a producir lentamente.



As actividades domésticas relaciónanse directamente coa muller, no que se refire os coidados de saúde tamén por contar cunha carga importante de coidados chamados domésticos, os que se realizan na casa de hixiene e alimentación e nos que se basean o resto dos coidados máis técnicos ou especializados que realizan os profesionais da enfermaría.

Figura 10. Duas enfermeiras de Munch.

Fonte: Paint Health. (Biblioteca Universitaria de Oza, la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidade da Coruña, 2016)

Recentemente realizamos unha viaxe á cidade de San salvador en El Salvador. Transcribimos de seguido a alocución do xuíz (*Juez licenciado Jorge Alfonso Quinteros Hernández. Juzgado Primero de Familia. San Salvador. El Salvador. Año 2008*) dirixíndose a un pai, adoptante monoparental, nos seguintes termos:

... ustedes os españois están mais avanzados que nosoutros, nisto de que un pai esté capacitado para coidar dun neno, acá non o entendemos, seguramente porque a súa forma de vida e diferente a nosa. No seu país a muller traballa fora do fogar igual que o home e son os dous os que deben asumir o coidado dos pequenos. Acá no noso país, a muller é a que se encarga do

coidado familiar. Allá vostedes traballan os dous membros da parella, o que fai cos dou deban asumir os coidados dos pequenos; polo tanto non lles resulta estraño que un home se poda facer cargo dun pequeno. Este tribunal ve esta situación con bos ollos. Si El Salvador quere avanzar ten que tomar as costumes occidentais. Vostede parece unha boa persoa e ten presenza de ser un bo pai que de o seu fillo cariño e unha boa educación, eu creo que vostede va a ser un bo pai, pero iso non o saberemos con certeza ate que transcorra o tempo. Este momento histórico no que vostede é o primeiro pai solteiro que adopta en El Salvador, será xulgado dentro duns anos e a persoa encargada de xulgar a decisión que tomamos aquí e agora, será este neno, que vai a ser o noso xuíz, e porque estamos seguros que vai a ser cun resultado positivo, por este motivo este tribunal toma esta decisión na esperanza de que sexa a acertada e o noso xuíz sexa benévolo e comprensivo coa decisión de aquí e agora. (Rodríguez Pérez, Unha forma diferente de maternidade. Vivencia dun pai solteiro: xestación, parto e postparto, 2009)

Nas palabras do xuíz observamos claramente como a cuestión de quen debe procurar os coidados é unha cuestión social. No noso Estado esta cuestión cambiou coa incorporación total da muller o mundo laboral. Aínda así, no subconsciente colectivo subxace a mentalidade de que cando a muller casaba tiña que deixar de traballar fora da casa, pois a partires de aí debíase ás atencións co seu marido e coa súa descendencia.

No caso da enfermaría, na posguerra civil española, cando unha enfermeira casaba, ou ben abandonaba o seu posto de traballo ou ben solicitaba unha licenza para continuar exercendo a profesión na función pública.

O cambio cultural é unha realidade que se está “cociñando”. Este cambio vai asociado ao movemento feminista e ás novas concepcións da familia. Polo que neste momento podemos observar a coexistencia de dúas formas de pensar respecto a roles: a muller como coidadora principal e o papel exercido polo home nos coidados tanto familiares como profesionais.

A estrutura familiar está a sufrir un cambio nos seus alicerces máis importantes dende que se coñece esta institución no mundo occidental. Cambio que se produce na súa composición coa aparición de familias monoparentais, familias compostas por fillos con dúas nais ou dous pais e incluso fillos que contan con dúas figuras paternas e dúas maternas.

Hai uns anos as familias monoparentais eran escasas, hoxe non son tan infrecuentes. Xa nos resulta familiar ver a un home pasear o carriño do neno, cambiarlle o cueiro ou realizar outros coidados ao infante, labores estes que en xeracións anteriores estaban reservados á muller.

No caso do home que enviuvaba, o dito popular anunciaba: *muller morta sete na porta*, facendo referencia a que un home non podía vivir só, e moito menos encargarse da súa prole, polo que non lle había de faltar quen ocupase o baleiro deixado pola súa cónxuxe.

O caso da muller viúva era máis frecuente e era considerada capaz de proporcionar coidados aos seus fillos e máis traballar fóra da casa, á vez que se estaba ben visto socialmente que gardase ausencia ao seu home morto.

No caso das nais solteiras, tamén frecuente pero non por iso máis aceptado, trataba de ocultarse a situación no seo familiar (no senso amplo da familia) sendo acollidas no mellor dos casos. A muller nesta circunstancia dependía sempre da autoridade paterna e das súas decisións.

Hoxe en día, dende a legalización do divorcio, abriuse a porta a novas formas familiares, máis ou menos aceptadas tanto social como culturalmente.

Marcuse considera que o tríade nai-pai-fillo se corresponde coa orde social que o capitalismo impón na familia.

A xustificación social da separación de roles dábase porque os homes traballaban fora da casa e as mulleres dentro. En moitas ocasións era debido aos longos horarios laborais do home que chegaba a casa canso e supostamente non podía ocuparse das labores domésticos. Observábase unha submisión por parte da muller que era paciente e comprendía o cansazo do marido despois das vicisitudes dunha dura xornada fora do fogar.

A xerarquía familiar é o pai. Non lle provén ao pai a autoridade da súa forza física ou da superioridade social ou económica. Provenlle directamente de Deus. Desta autoridade dise que é de institución divina. Así, o pai é, na familia, o representante da paterna autoridade de Deus. E a nai recibe a autoridade por participación na do esposo. (Otero, 2004, p. 115)

A paciencia tamén é unha calidade feminina, que se lle pide a enfermaría, saíndo case constantemente a colación como unha das características profesionais. Aos profesionais supónselles posuidores desta característica e máis doutras non menos importantes, non menos castrantes e femininas que nos deixou en herdanza Florence Nightingale, muller vitoriana, iniciadora da enfermaría como profesión no

século XIX, entendendo que a profesión enfermeira era feminina, dependente do médico, negándose a que as súas enfermeiras prestaran servizo baixo a propia iniciativa.



A idea vitoriana de que a esposa debe contentar ao seu marido foi tamén traspasada ao hospital, onde a enfermeira debe estar ao servizo do médico e mantelo contento, axudarlle ou servirlle de pulo. Hoxe día estas premisas aínda están presentes na sociedade e mesmo nos hospitais.

Figura 11. Guía da boa esposa.

Fonte: Feminismo & patriarcado: historia (Montes)

A enfermeira para Nightingale era a muller ideal, na súa concepción vitoriana, transplantada dende o fogar ao hospital e por suposto libre das obrigas reprodutoras. Eran coidadoras por instinto feminino, feito que non lles permitía exercer a profesión da medicina que era exclusivamente masculina.

Esta mesma visión de paciencia, sinónimo de submisión, é referida como unha das características pola maioría dos entrevistados/as e mesmo dos profesionais.

As veces teñen que ter demasiada paciencia ... para facer moitas cousas que fan

(Nº 34.Muller.Dependenta supermercado.54 anos)

A visión da muller como “chica para todo”, criada doméstica, proxectase tamén no rol profesional, e curiosamente é a mesma muller a que ten asumido este rol e ela mesma quen o proxecta. Deste xeito, a enfermeira ten que facer o que lle manden, que para iso lle pagan.

A estrutura impón as súas coercións aos dous termos da relación de dominación, e por conseguinte aos propios dominadores, que poden beneficiarse dela sen deixar de ser, de acordo coa frase de Marx, “dominados pola súa dominación”. E iso porque, como xa o demostran suficientemente os xogos asociados ao enfrontamento do grande e o pequeno, os dominadores non poden deixar de enfrontarse a si mesmos, e dicir, ao seu corpo e a todo o que son e ao que fan. Os esquemas do inconsciente que,

no seu caso, xeran enormes esixencias, como o presenten, e o recoñecen tacitamente, as mulleres que non queren un marido de menor estatura.(Bourdieu, 2010, pp. 89-90)

Evidentemente, diante deste trato vexatorio, a muller, quen ten que escoitar e calar por ser muller, debe de ser submisa.

O principio cando cheguei suaba moito e pedín un pixama e despois unas sabanas limpas para cambiar e a auxiliar dixo que pedira todo xunto, e a miña filla díxolle que estaba aquí para traballar, calou a boca e coma se non pasase nada. (Nº66. Muller.Ama de casa.61anos)

Na sociedade patriarcal a muller ademais de submisa e obediente é máis ignorante có home, que é quen sabe, o que ten a ciencia. Non é casualidade que sexa unha muller a que realiza o seguinte discurso, no que se observa o arraigo cultural desta idea na mesma muller: o que sabe é o médico (home) quen ten que lle deletrear o nome dos medicamentos á enfermeira (muller), nin tan sequera iso sabe; a pesares de que algunhas xa saen da ignorancia, non por iso deixan de estar sometidas o poder do home, representado polo médico.

... bueno se é como unha que tiña Don RN era mellor que non a tivera por que tiña que deletrearlle o médico como se chamaban os medicamentos. Hai outras que son moi válidas (Nº10.Muller.Ama de casa-Maestra.57anos)

Polo feito de ser muller e de estar facendo o seu traballo tamén merece un agasallo de recoñecemento, igual que fai o home chegando a casa do traballo cun ramo de flores ou mesmo uns bombóns para a muller que espera na casa. Unha imaxe máis da transposición da muller ideal o hospital.

Mira si estou leda que vos vou traer algo, de bombóns estaredes cansadas? (Nº 66. Muller. Ama de casa.61 anos)

Esta situación cambiou dun xeito progresivo coa incorporación tamén paulatina da muller o mundo laboral e coas tendencias a flexibilizar horarios para facelos compatibles a vida familiar e a laboral, aínda que na practica sexa máis difícil de compatibilizar que no papel.

No primeiro terzo do século XX, a participación da muller no mercado laboral, con carácter remunerado, pois traballara sempre, incrementouse notablemente no noso país ... Unha participación que a guerra veu a catapultar ... Unha vez rematada a guerra, e diante da imposibilidade de por en marcha a economía, optouse por reducir o paro a costa do traballo feminino (Peinado Rodríguez, 2012, p. 99)

Tratouse por tanto dunha decisión económica que soubo aproveitar o discurso ideolóxico, acentuando, como expón Capel Martínez, *“a división social do traballo e transvasando man de obra feminina cara aos sectores máis precarios”*. (Capel Martínez, 1999, p. 84)

Hoxe esta idea e forma de vida está cambiando, as familias presentan diferentes formas, máis ou menos aceptadas socialmente, o que leva consigo que cada vez vaia menos parella a idea do coidado co feito biolóxico da maternidade, de onde proceden as calidades que debe de ter quen exerce os coidados. Así estamos a ver como a muller se incorpora ao mundo laboral con máis rapidez do que se facía fai uns anos unha vez pasado o parto.

Resulta totalmente obvio que un neno pequeno depende da súa nai de xeito preferente. A idea de dependencia (física neste caso) parece que xustifica a necesidade de recibir coidados. Alguén dependente non ten capacidade para coidarse así mesmo dun xeito autónomo, precisa de alguén que o coide. No caso de nenos moi pequenos, esa dependencia amosase dun xeito especial cara á nai. De aí que a identificación e maila definición do coidado ligado a muller permaneza no substrato cultural e social, dado que é ela quen asume esta responsabilidade nos primeiros momentos da vida humana.

Esta concepción do coidado materno vai ligado á atención das necesidades básicas, aínda que as practicas sociais vaian máis alá desta idea e forma de concibir os coidados que clasificamos como maternais e non como paternais.

A pesares dos cambios nestes coidados que se dan no seo familiar e de que sexa o home o que realice e satisfaga esas necesidades básicas do infante, a sociedade pensa que o coidar vai unido a unhas calidades femininas, sinalando á muller como a máis axeitada para realizalas, por presentarse esta como a posuidora delas, e dun xeito específico da sensibilidade e a amabilidade.

Mi enfermera me gusta como trabaja. Su organización, su amabilidad, es una chica muy maja, la verdad es que da gusto acudir a su consulta, cualquier duda ... me la resuelve en un periquete. (Nº 14. Muller. Ama de casa. 61 anos)

Esta calidade de ser amable vai unido a de boa profesional, agradable e a vez resolutiva e rápida. Como dicíamos, a sensibilidade é unha calidade feminina que vai unida á boa profesionalidade, o que fai que esta última resalte na seguinte enfermeira.

... es una actuación muy profesional y a la vez pues ..., con sensibilidad hacia el paciente y hacia los familiares (Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

Dentro do hospital os valores femininos fanse máis presentes seguramente pola vulnerabilidade que presenta o individuo, que ao igual cun neno pequeno depende total ou parcialmente doutro individuo, motivo este polo que as coidadoras ademais de ser mulleres e cunha formación técnica boa (supómoslles profesionalidade) debe de ter unhas calidades femininas desenvolvidas: agradables, amables, cariñosas, pacientes, humanas, mesmamente como si se tratase da nai que precisamos neses momentos a nosa beira, dándonos os coidados maternais da infancia.

... que sean agradables en el trato (Nº32.Muller.Enxeñeira.31anos)

... que sean más cariñosas y amables, que lo que más necesitan los enfermos es cariño (Nº 51.Muller.Empregada fábrica-xubilada. 80 anos)

Que sean más amables y que tengan más paciencia y humanidad.(Nº 57.Muller. Cociñeira-xubilada.70 anos)

Igual que a nai esta sempre co neno, cunha presenza continua no tempo, tamén no individuo hospitalizado se dá esta circunstancia. Nalgunhas ocasións xúntanse a amabilidade coa permanencia no tempo. Socialmente pídeselle a muller estar esperando que o marido ou o seu fillo demanden as súas atencións e coidados. Estar sempre disposta, amable, tenra, correcta. E a maiores, a muller é nai por propia vontade, foi ela quen o elixiu. A enfermeira dedícase a esta profesión tamén por propia vontade, ela así o elixiu libremente. Así se ve culturalmente a profesión enfermeira, o que ven a expresar a través da seguinte informante

... valoro la amabilidad y disponibilidad ... tuve bastante suerte, sé que hay plantas en las que el personal no reúne estas características, lo que más me disgusta es que no muestren amabilidad a la hora de trabajar. La humanidad en este trabajo es fundamental. No estamos aquí por que queremos, nos toca vivir esto y que menos que ser atendidos de forma correcta. Os teneis que acordar que estudiasteis esto porque quisisteis.(Nº 62.Muller.Administrativa.40 anos)

Evidentemente estas calidades non son exclusividade das mulleres, aínda que si parece que se dan con máis frecuencia nelas.

As novas xeracións de homes e mulleres vanse implicando cada vez máis no coidado dos fillos e nas tarefas domésticas en xeral.

Estas circunstancias dan lugar a que no momento presente, coexistan as dúas tendencias, representadas por xeracións diferentes de homes e mulleres. Uns sinalan dun xeito prioritario á muller como coidadora; namentres que outros recoñecen a capacidade de coidar tamén presente nos homes. Con todo, o factor da maternidade

subxace en ámbolos dous casos como un feito biolóxico, polo menos nas etapas iniciais da vida.

Os aspectos biolóxicos, que hipoteticamente inflúen no comportamento diferenciado entre homes e mulleres (no que se refire a exercer os coidados, mesmo sobre a prole) non chegou a demostrarse despois dun século de investigacións fisiolóxicas.



Figura 12. Asunción do home dos coidados domésticos.

Fonte: El telegrafo. Los nuevos padres (Rodríguez, 2016)

Podemos observar tamén unha proxección do modelo de coidar popular no modelo profesional. Un claro exemplo disto é o xeito de nomear en feminino as enfermeiras, atribuíndolles calidades semellantes ás citadas para as mulleres e a identificación de parte das tarefas das enfermeiras co coidado doméstico.

...Sois muy humanas. El paciente nota vuestra cercanía, vuestra empatía, vuestra comprensión. Sabe que si llama al timbre, alguna va a venir y eso da tranquilidad. Aunque, es cierto, que inconscientemente piensas, ojalá que venga ... jajaja. Reconozco que en esta planta sois muy profesionales. He estado hospitalizada otras veces y el trato no era tan correcto. (Nº 61. Muller.Profesora.28 anos)

No discurso de esta ultima informante advírtese claramente o binomio humanidade e as características que resalta dos profesionais: posúdes estas características e polo tanto sodes moi profesionais.

Se os profesionais enfermeiros non posúen as calidades femininas, non están sendo bos enfermeiros/as.

... as veces son muy déspotas. Comprendo que non se poden implicar, pero ... Poñen por diante que elas son as que saben e os demais non. (Nº52.Muller.Educadora.47anos)

O seguinte informante, separa o ser agradable no trato con ser boa profesional. Pero considera que as dúas cuestións son necesarias.

Lo que más me gusta o en lo que más me fijo es en que sea agradable y buena profesional ... que sepa realizar su trabajo y tenga en cuenta al paciente ... no me gusta que sea borde, desagradable o no atienda las peticiones (Nº 63. Home.Enxeñeiro. 30 anos)

No momento de definir a un bo profesional mestúranse calidades afectivas, coa prestación de servizos dunha forma adecuada. Se as enfermeiras son amables, agradables, cariñosas, presupónselles boa profesionalidade.

...de la atención a domicilio nada malo puedo decir ...lo bien que se portaron, lo bien que atendían, lo agradables que eran.Ese cariño con el que tratan al paciente ... Cualquier cosa que se le preguntara, cualquier duda que hubiera, incluso llamaban ellos interesándose por como se encontraba el paciente ... (Nº 11.Muller. Ama de casa.58 anos)

Son amables (en general) te tratan bien y supongo que hacen bien su trabajo “en eso confiamos” (Nº 12.Home. Cociñeiro Xefe.33 anos)

Outro caso que identifica amabilidade coa calidade asistencial, dando lugar a boa profesionalidade.

Me gusta su amabilidad, es una persona muy amable siempre está pendiente de sus pacientes, se preocupa mucho, es amable, responsable y seria. (Nº 16.Muller.Prexubilada. 54 anos)

Se o carácter da enfermeira non resulta agradable, xa é una tacha que lle pomos a súa profesionalidade, e o ligamos con que non realiza as técnicas dun xeito profesional.

... con aquella ocasión (no podemos generalizar) llevaba a mi novia a que le hicieran las curas en un pie. Era una herida que se le había infectado y no le daba curado bien. Nos tocó una enfermera con un carácter un poco borde. Íbamos allí a que le hicieran las curas y le preguntábamos sobre la herida: por que estaba así, si era normal o que era lo que estaba poniendo y ella nos contestaba toda seca: lo mandó el médico, pregúntele a él; sin dar ninguna explicación... a la hora de hacer la cura mi novia le decía: me duele o me estas lastimando y ella le decía: si ya se, ya se, esto duele un poco; pero se veía que seguía a lo suyo sin poner mayor cuidado. (Nº 12.Home.Cociñeiro Xefe.33 anos)

Na segunda parte do discurso observamos como a enfermeira está eludindo responsabilidades, o que a desautoriza profesionalmente. Está actuando como unha subordinada do médico.

... la enfermera que nos atendió en aquella ocasión, podría haber sido más amable ... desde que entramos en la consulta hasta que salimos pocas fueron las palabras que le escuchamos (á enfermeira) ... deberían ser mas cariñosas/os, hablarles, distraerlos, más aún cuando se trata de niños, para que no estén pendientes de lo que se les está haciendo ... (Nº13.Home.Profesor de BAC.35 anos)

A muller ofrece máis confianza co home, isto observase no seguinte relato.

... incluso a la hora de hacer una consulta sobre salud, cómo tomar una medicación ... da más confianza preguntarle a la enfermera que al médico, ellas son mucho más cercanas ... yo creo que ellas muchas veces están más próximas. (Nº 11.Muller.Ama de casa.58 anos)

Se o trato é agradable a enfermeira está facendo ben o seu traballo. É o que se lle pide, que sexa agradable, próxima.

... siempre me trataron ben ... o trato siempre foi agradable e cordial (Nº 7.Home.Traballador fábrica de leite - xubilado.65 anos)

As calidades que se lle supoñen á enfermeira polo feito de ser muller no parecen darse no home, como se interpreta no seguinte discurso (médico e enfermeiras están tomando café pero só se lle recrimina a el).

...AQ é a enfermeira que me corresponde ... é sempre moi agradable, esas cousas, moi atenta ... de don SD oín que se queixaban, que tardaba moito en chamar e que había veces que se marchaba a tomar café coas enfermeiras, tendo a xente esperando ... os médicos o único que vexo é que te citan para unha hora e pasa moito tempo en atenderte (Nº 2.Muller.Ama de casa.76 anos)

As diferenzas que fan entre homes e mulleres enfermeiros/as son evidentes. Na muller prima a sensibilidade, amabilidade, atenta. Se estamos a falar dun home coidador, neste caso enfermeiro xorden as comparacións co médico, neste caso explícitas: é moi listo, parece médico. Tamén ten outras atribucións que non se lle piden a un home por consideralas máis propias do xénero feminino: próximo ou cariñoso.

(Os tratos das enfermeiras) ... eran bos, en "CC", estaba moi contenta e agora en "CL" con "YY" estou tamén moi contenta porque parece médico, é moi atento, moi listo ... cos enfermeiros case non me trato, pero "YY" é moi atento. Josefina, a que ben co pescado, ten dito que "YY" tiña que facer o traballo do médico ... si desde logo que é

moi listo todo o mundo o díce ... é moi cercano, moi cariñoso ... (Nº 3.Muller. Ama de casa.72 anos)

Recorremos aquí a antropóloga Margaret Mead quen escribiu hai 60 anos unha frase que resume tres conceptos claves na teoría do estereotipo: “fagan o que os homes, aínda que sexa vestir bonecas para unha cerimonia, aparecerá sempre dotado de máis valor”(Montesó Curto, 2011).

A seguinte informante fálanos da proximidade da enfermaría, que está sempre o lado do enfermo. Pero resulta rechamante ou cando menos curioso, como se refire á enfermaría en masculino. Resalta a importancia dos enfermeiros e a necesidade de máis autonomía, pois eles asumen en ocasións o traballo do médico.

La enfermería debería de tener un poco más de independencia con respecto a los médicos, por que ellos no están en la cama de los pacientes si no los enfermeros, y eso les da un protagonismo a ellos (os médicos) que no les corresponde; y por eso muchas veces el trabajo enfermero está desprotegido porque tiene que tomar responsabilidades que no son suyas. (Nº 30.Muller.Acompañante escolar-administración de autobuses.52 anos)

No pensamento popular as tarefas que realiza unha enfermeira, especialmente os coidados básicos, son moi similares aos coidados domésticos. Estes coidados básicos son a nutrición, hidratación, vestido, escoita, comprensión, acompañamento. O que non se ve dende a perspectiva popular é que cando estas tarefas son realizadas por un profesional da enfermaría, os seus coñecementos sobre estes temas son especializados, polo que eses coidados van a ter unha calidade diferente, aínda que sexa mesmo no acompañamento ao usuario. Tamén podemos observar que, quen realiza estes coidados no ámbito popular, xeralmente, é a muller.

A muller é a que acompaña ou está presente co enfermo cando acude a unha consulta.No contexto cotiá o coidado atribúese de xeito predominante á muller, especificamente á muller nai. Tamén observamos o carácter reflexivo dos coidados, nos que inflúen, entre outros, a etapa vital do individuo. Así o reflicte a seguinte informante.

Pues ahora empezamos en esa fase que ya casi me acompañan más a mi que acompaño yo, pero hasta ahora siempre he sido yo, la que me he encargado de llevar a mis hijas al médico, consultas, vacunas, revisiones, curas, ... de todo; de cuidar a las abuelas (mi madre y mi suegra) y a mi cuñada ... (Nº 11.Muller.Ama de casa.58 anos)

Os coidados básicos poden proporcionarse no propio domicilio, pola persoa que coida, pero continúan estando presentes no hospital, podendo ser atendidos indistintamente por enfermeiras ou pola propia familia. Tomemos como exemplo dar de comer, é unha tarefa que leva a cabo o acompañante do usuario ou tamén a

enfermeira en caso de que o familiar non estea ou ben, que polo motivo que sexa non realiza este traballo. Acontece o mesmo coa hixiene do usuario, a hidratación ou darlle de beber. O acompañamento é papel do acompañante, seguindo as indicacións dos profesionais da enfermmería.

Eu estiven atendendo a meu pai no hospital e non tiven queixa ningunha, chamaba cando había que cambialo e as veces se viña unha sola eu axudáballes, outras veces dicíanme -non , no fai falta que nos axude que xa vimos dúas- pero eu no que podía sempre botaba unha mau, o que lle eu facía na casa tamén podía facerllo alí (Nº59.Home.Agricultor gandeiro-xubilado.70anos)

No caso anterior, xa nas dúas primeiras palabras, o acompañante dá por sentado que estaba no hospital para dar os coidados, así o define *“estiven atendendo a meu pai”*, non o estaba visitando, acompañando, estábao atendendo. Posteriormente no seu discurso, fálanos de que coidados exerce, *“o que eu lle facía na casa ...”*

Este mesmo informante relata máis adiante cando el estivo hospitalizado, como os coidados das enfermeiras (mulleres) son igual aos que recibe na súa casa por parte da súa familia.

... ti na túa casa, que está so para ti e con dúas persoas para coidarte e darche a comida nada máis saír da pota e as veces non te tratan así de ben (refírese o persoal no hospital) hai que ter respecto polas persoas ... a xente cre que porque estades aí cobrando un sueldo, pensan que lles tedes que pasar a lingua por onde eles queren (Nº 59.Home.Agricultor gandeiro-xubilado. 70 anos)

As veces, esa permisividade caraós acompañantes para axudar aos usuarios nas tarefas básicas, é percibido polos familiares como un exceso de traballo dos traballadores, cousa que non debería de ser así. O acompañante axuda nos coidados “domésticos” porque está capacitado e o usuario vai aceptalos de mellor grao, os dous se senten máis cómodos, usuario e acompañante.

... tienen un trabajo muy intenso y me permitían ayudarles cuando había alguna cosa que yo podía hacer ... (Nº 48.Home.Empregado Hostalería. 39 anos)

Contar máis cos acompañantes como coidadores activos é algo que eles mesmos demandan, aínda que en ocasións por cuestións técnicas no deban realizalo. No caso suxerido polo seguinte informante regular o ritmo do gota a gota, supón alterar a cantidade de líquidos a *perfundir* ao usuario, sendo esta unha cuestión totalmente técnica.

... quizás en alguna situación un aumento de responsabilidad hacia los familiares de los pacientes, en cuanto a aumentar o reducir un gotero, por ejemplo.(Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

En moitas ocasións non soamente os familiares colaboran nos coidados do usuario, este tamén colabora. Trátase dun individuo que non é totalmente dependente. Realiza no hospital os mesmos coidados básicos que realizaba no seu ámbito doméstico, os coidados vitais, que asume el mesmo e os seus familiares.

Se eu termino de comer, nada máis acabar xa levo a bandexa de comida ao carro porque podo facelo e non o van facer outros por min, pola mañá levántome e dúchome para que cando veñan as señoritas teñan a cama libre para molestar o menos posible, eu podendo e entendendo gústame facer as cousas eu, que sempre o fixen; e ser serio e ser responsable. (Nº 59. Home. Agricultor gandeiro-xubilado. 70 anos)

Sinala tamén que son as señoritas (mulleres auxiliares de enfermaría, non son as enfermeiras) as que teñen asumida esta función no hospital.

Hoxe en día na maioría dos hospitais a función de auxiliar de enfermaría é realizada por mulleres, na década dos setenta había funcións que eran realizadas polos celadores, no tocante a hixiene de homes e outras practicas (reservadas ás mulleres hoxe). Tampouco nesta década os coidados de enfermaría eran realizados por homes en toco-xinecoloxía.

... asignaronme o traballo de enfermeiro, para substituír a unha compañeira enferma na planta de xinecoloxía (o informante está a falar do ano 1985) estaban xuntas as pacientes de xine e de toco, empecei un día pola mañá. Nada máis chegar o xefe de servizo, foi o despacho da Directora de Enfermaría a dicirle que non quería un enfermeiro na planta, que lle mandase unha muller, que cómo ía lavar as mulleres no postparto e cómo lles ía facer as curas un home. A resposta da directora foi, que o mesmo que as operaran homes, tamén as podían curar un home, que non había enfermeiras dispoñibles e que tiña que aguantarse cun enfermeiro. A min o xefe de servizo non me dixo nada, estiven uns 20 días e cando se incorporou a compañeira, o xefe, veu a dicirme que fora un pracer que eu tivese traballado no servizo. Esta mesma cuestión volveuse dar no mesmo servizo anos máis tarde, concretamente no 2000, con outro compañeiro que lle asignaron alí o seu posto de traballo. (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

Observamos neste discurso como no constructo do pensamento popular un home médico pode ver espida a unha muller, non un home enfermeiro. Vemos entre outras cousas como a protesta é levada á cúpula da enfermaría; con todo ao traballador non se lle di nada, quizais porque é un home, e por non ter un enfrontamento con el.

Vexamos como no caso que segue si hai enfrontamento coa persoa directamente, neste caso é muller.

Á enfermeira que traballaba comigo nas consultas externas (ano 2011) mandárona ir pasar a consulta con FL, cando entrou este na consulta díxolle á enfermeira, hoxe vou estar eu con vostede. El preguntoulle que onde ía a súa enfermeira habitual, díxolle que non tiña nada contra dela, pero que chamase a supervisora de enfermaría, e que viñese a súa enfermeira, se non el non pasaba a consulta. A supervisora explicoulle que a enfermeira que estivera alí dous meses que fora de prestado, que non pertencía a esa consulta e que estaba atendendo outra, noutro servizo. O médico levantouse e dixo que non pasaba consulta, demorouse esta dúas horas, tivo que intervir a Dirección médica.(Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

A pregunta que xurde é a seguinte: se fose un home comportaríase así diante del? De ben seguro que non o humillaría facéndoo ir xunto do seu inmediato superior, a dicirlle que non o quería na consulta.

As últimas ideas, da visión popular, que acabamos de expor, realizar coidados básicos e ser unha profesión maioritariamente feminina, son factores que actúan como elementos que restan importancia á profesión da enfermaría. Do mesmo xeito que socialmente se subestima o traballo das mulleres no ámbito doméstico, tamén así se resta importancia o traballo da enfermaría. As mulleres como enfermeiras semella que só realizan tarefas elementais, semellantes ás que corresponden ó seu papel como nais e como esposas.

... o practicante, non realizaba os coidados , podemos dicir domésticos, acudía o hospital a realizar o traballo máis técnico, instrumentista, axudante de quirófano; incluso as curas, as inxeccións, pero nunca lavar a un enfermo, cambiarlle a cama, ese era un traballo reservado ao xénero feminino, ás enfermeiras.(Nº 68. Home. Docente en Enfermaría. 50 anos)

Exercer a Enfermaría na planta dun hospital, era como unha carreira menor, incluso tendo o rango de Mestre, ou dunha enxeñería, quen tiña capacidade estudaba Medicina. Este papel secundario e desprestixiado socialmente, encontrase fronte ao valor que lle atribúen os pacientes ou os seus familiares, sobre todo cando descubren a eficiencia, a eficacia maila responsabilidade dos profesionais de enfermaría.

... vuestro trabajo, hoy en día, no está reconocido a nivel social. Yo soy maestra, me llaman srta. o doña... la enfermera es considerada "la chacha", o en el mejor de los casos la ayudante del médico, la que hace el trabajo sucio, lavar a los enfermos, recoger us vómitos, etc ... y para eso a estudiado los mismos años que yo en la universidad ... (Nº 61. Muller. Profesora. 28 anos)

A paciencia, unha das calidades que se lle pide a enfermaría, sae case constantemente, como característica feminina, o mesmo que a que teñen as nais cos seus fillos.

As veces teñen que ter demasiada paciencia ... para facer moitas cousas que fan (Nº 34. Muller. Dependenta supermercado. 54 anos)

A razón destes sacrificios e destas actuacións seguramente que está na gratificación que a muller atopa non dun xeito remunerado, pero si que se sente reconfortada polo pracer de facer o que considera debe facer, e ben feito. Esta calidade no se lle recoñece ao home.

Es una profesión muy gratificante cuando ves que el trabajo que realizas con una persona da sus frutos ... la enfermería debería de gozar de independencia, yo haría una mejor estructura de trabajo entre todo el personal sanitario para mejorar la calidad del paciente, que al fin y al cabo es lo que nos interesa (Nº 30. Muller. Acompañante escolar-administración de autobuses. 52 anos)

Sen embargo, tamén se observa no discurso da informante anterior, que a enfermaría debe de gozar de independencia para levar a cabo uns bos coidados. Os profesionais da enfermaría son os que saben de coidados e a súa finalidade é que estes acaden os obxectivos desexados.



Figura 13. Un xesto amable

Fonte: A amabilidade (Rovira, 2016)

A nai séntese gratificada cando o seu fillo medra forte e sa, o seu sacrificio mereceu a pena, esta circunstancia vai unida á idea de ser nai, é o que xustifica a súa entrega, paciencia ou sensibilidade. As enfermeiras deben de prestar coidados, do mesmo xeito que fan as nais, aos seus enfermos, pola súa vocación, non pola remuneración económica.

Deste xeito, comprobamos como estas calidades valóranse igual cás dunha nai, sen remuneración económica, é a súa obriga, o que lle sae de seu, polo feito de ser muller e nai, ademais a semellanza dunha nai, a enfermeira faise imprescindible para

incardinar a sanidade, sen ela non funcionaría, esta aseveración está probada. A enfermaría, é a peza chave no sistema sanitario occidental.

... estais aprobadas, es más creo que sin vosotras esto no funcionaría. Sois la pieza clave del puzzle. (Nº 61. Muller. Profesora. 28 anos)

3.3.2. A xerarquía nos coidados

O modelo dominante no sistema sanitario occidental neste momento, é un modelo biomédico e piramidal. No vértice superior encóntrase o médico, debaixo a enfermeira seguida pola auxiliar da enfermaría, técnicos, celadores y limpadoras.

Popularmente, a enfermeira é a auxiliar do médico, a súa asistente. Cando se fala dunha enfermeira estase citando, dun xeito implícito, a un médico referente, “é a enfermeira do doctor MB”.

... AQ é a enfermeira que me corresponde por don SD, bueno nunca me fixo falta, ... á enfermeira so acudo cando me manda o médico (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos).

Ser “enfermeira de ...” é un vínculo co médico, que significa traballar as súas ordes; a enfermeira é a que lle axuda no traballo, a que realiza tarefas domésticas e outras que o médico lle delegue, atendendo aos usuarios que el envíe co gallo de axudarlle. Popularmente este é o rol profesional que se entende.

... a enfermeira só acudo cando me mande o médico ... AQ é sempre moi agradable, esas cousas, moi atenta (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

... mírame a tensión, pésame, mídeme ... iso é cando o médico me manda ir a xunto de SW(a enfermeira) (Nº 7. Home. Traballador fábrica de leite-xubilado. 65 anos)

Na década dos setenta a maioría das Escolas de ATS, funcionaban ao abeiro dun hospital. A finalidade era formar aos axudantes á imaxe e semellanza das necesidades de cada servizo e segundo os profesores da Escola, médicos do hospital, incidindo nos coñecementos que lles parecía debería de ter o seu axudante, para facilitarlle o médico o seu traballo, sen ter autonomía, ou ben con coñecementos superfluos. Isto arrástrase hoxe, pois algunhas formadoras son as alumnas daquela época, na que a pegada de ser axudantes lles marcou tanto que no conciben o traballo da enfermaría se non é así.

Aunque sólo hacen lo que manda el médico, son pocas para tantos enfermos ... no saben lo que es un enfermo, hacen sólo las cosas que están escritas ... (Nº 51. Muller. Empregada fábrica-xubilada. 80 anos)

Aquí a usuaria no seu discurso oculto ademais de demandar unha atención personalizada e cun modelo autónomo da enfermaría, sinala de forma explícita o problema das cargas de traballo, perfectamente percibido por esta informante, segundo se desprende das súas palabras.

Na visión que teñen os usuarios do sistema sanitario, a xerarquía non só afecta á imaxe da enfermaría como submisa, esta circunstancia de depender de ... pode ser utilizado no referente aos seus coñecementos. Nos casos anteriores obsérvase dun xeito latente como parece que a enfermeira non ten coñecementos; por esta razón non toma, ou non pode tomar, iniciativas propias, ela só sabe realizar unhas determinadas técnicas e pasarlle os resultados observados o médico, que é o que ten coñecementos para interpretalos.

Cada vez que algún paciente o acompañante nos pregunta algo y le contestamos - pregúntele al médico - estamos desautorizándonos a nosotras mismas. Lo hacemos de forma inconsciente por andar con prisas, o peor todavía, por no asumir responsabilidades y ante preguntas como: qué temperatura, qué presión arterial, cómo encontramos hoy al enfermo o incluso si ha orinado muchas veces de noche. Somos nosotras mismas las que nos hacemos pasar por tontas en lugar de por profesionales. Ante la respuesta de preguntele al médico obtenida por tercera vez, el que pregunta decide que la persona a la que pregunta es una mera "mandada" que no puede ni contestar eso, por lo que optan por preguntarle al médico cosas totalmente triviales y que tienen que ver con los cuidados y no con el médico. (Nº 70. Enfermera. 40 años)

Así e todo, o que ven os usuarios, respecto á axuda que presta a enfermeira ao médico continúa sendo (para os usuarios) a súa razón de existir como profesional. Hai cousas que a enfermeira está capacitada para facer, especialmente se o médico está moi saturado de traballo, pódese acudir a enfermeira, volvéndose así esta máis necesaria.

... o mellor ven unha, e dice: para recetas, fai as recetas e marcha ... ahora nos Centros de Saúde ningún médico ten enfermeira se a necesita pídeala (Nº 10. Muller. Ama de casa-Maestra. 57 anos)

Na rúa, estase percibindo un cambio, pero o usuario non ten moi claros os motivos, non sabe as razóns. A enfermaría debería de ser a encargada de explicarllo aos seus usuarios.

... en algunha ocasión facíanlle as recetas aos médicos, ahora creo que non, pero non sei ... (Nº 8. Muller. Ama de casa. 58 anos)

O traballo da enfermaría non se fai visible, e continúa realizando técnicas indicadas polo médico. Con todo, as enfermeiras fan o que o médico di, levan á

práctica o que este prescribe. O seu traballo redúcese a cousas limitadas, segundo deducimos de orde menor, que son as que o médico lle delega ou lle “deixa” facer a ela.

...antes cada médico tiña a súa enfermeira e agora hai unha para cada planta, creo que está para pincharte, mirar a tensión e pouco máis (Nº 10. Muller. Ama de casa-Maestra. 57 anos)

A transmisión de datos ou de peticións son interpretadas como ordes xerárquicas, que as veces son tales e as veces non, é a conclusión que saca esta paciente. Tamén é importante o tratamento de respecto da paciente. Obsérvase como as enfermeiras son XX e XY, en cambio o médico é don YY, o que tamén implica unha cuestión xerárquica o don empregase (neste caso) para as persoas de maior xerarquía:

As enfermeiras, “XX” é a que me pertence, cando non está aténdeme XY ... mírame a tensión, pésame, todo o que lles manda o médico, son moi amables ... a enfermeira non me cita, don YY (o médico) si, para el teño que pedir cita (Nº 8. Ama de casa. 58 anos)

A enfermeira de atención primaria (AP), consulta sempre co médico, calquera dúbida, ten a porta aberta, para que este supervise, e resolva os problemas dun xeito inmediato, isto é calidade de atención a enfermaría segundo lle parece a usuaria.

A enfermeira ... cualquier consulta o duda que surja de nuevo, siempre lo comparte con el médico, ten unha porta que comunica coa consulta del, que sempre está aberta (Nº 14. Muller. Ama de casa. 61 anos)

O profesional de enfermmería é un delegado, un traballador que recibe e fai o que lle manda o médico, nin tan sequera se cita para a enfermeira, é o médico o que directamente o envía xunto da enfermaría.

Mírame a tensión, pésame, todo o que lles manda o médico ... non me cito na enfermeira, don YY dáme un papeliño para que vaia mirar a tensión (Nº 8. Muller. Ama de casa. 58 anos)

A sanidade funciona de forma piramidal no que se refire a xerarquía, iso débese en parte os coñecementos, ou así o cren os usuarios. As enfermeiras están no chanzo seguinte aos médicos, despois está o resto do persoal que atende o enfermo.

... hombre pues tienen conocimientos, aunque cada uno tiene su función por así decirlo, no se puede comparar unha enfermera, con un médico y con una auxiliar, ni tampoco con un celador (Nº 32. Muller. Enxeñeira. 31 anos)

Como sinalaba a informante anterior as enfermeiras teñen coñecementos e aínda que non son comparables cós do médico, algunhas veces poderían tomar decisións sen consultalo.

... yo les daría un poquito más de autonomía con respecto a los médicos, al ser a veces un poco dependientes de estos; en el sentido de tomar decisiones a veces. (Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

As enfermeiras dedícanse aos coidados básicos, como xa se sinalou anteriormente, son axudantes do médico, a súa capacitación específica é considerada pouco importante, por este motivo realizan tarefas sinxelas. Como o que pode facer calquera no seu domicilio.

Mírame a tensión, pésame, todo o que lles manda o médico (Nº 8. Muller. Ama de casa. 58 anos)



Figura 14. Coidados básicos

Fonte: Servizo de Enfermaría Mallorca (PFLEGEDIENST MALLORCA, 2016)

Vemos como se engarza o punto anterior con este da xerarquía, pois o xénero tamén inflúe na xerarquía. A relación xerárquica de superioridade maniféstase dun xeito máis rotundo se é unha muller a enfermeira, se o enfermeiro é un home a situación cambia, os valores xa son outros é intelixente, ten moitos coñecementos, “sabe tanto como un médico”, non é ignorante ou xa non lle ten que deletrear o médico o nome dos medicamentos.

O enfermeiro que teño QR é moi listo ... tiña que facer o traballo do médico ... (Nº 3. Muller. Ama de casa. 72 anos)

Os médicos non están sempre ó pe da cama có enfermo, as enfermeiras si, por este motivo elas realizan un traballo importante, eficaz e útil na atención inmediata. Ao mesmo tempo, os médicos obteñen un protagonismo que lles corresponde as enfermeiras, e estas quedan desprotexidas legalmente ao asumir funcións que non lle son propias.

... los médicos, porque ellos no están en la cama de los pacientes si no los enfermeros y eso les da un protagonismo a ellos (os médicos) que no les corresponde; y por eso muchas veces el trabajo enfermero está desprotegido, porque tiene que tomar responsabilidades que no son suyas. (Nº 30. Muller. Acompañante escolar-administración de autobuses. 52 anos)

Neste discurso observamos a eficacia da enfermaría a súa presenza continua a pé de cama do usuario. Tamén fai notar que a dirección das actuacións maila responsabilidade finais, son do médico. As enfermeiras son, meras executoras do que o médico prescribiu, a súa eficacia e o seu papel ven, en definitiva, determinado polo médico, quen finalmente leva os méritos, que non ten.

A enfermaría ten un carácter instrumental para o médico: é utilizada para executar as súas prescricións, coñecidas na linguaxe asistencial como “ordes médicas”, isto fai que o papel da enfermaría sexa dependente do médico, de aí parte da frecuente referencia á relación xerárquica. Dáse por tanto sen lugar a dúbidas unha relación de dependencia xerárquica, o primeiro é o médico, a enfermeira despois.

O seguinte discurso foi escoitado na sala de espera da consulta de enfermaría dun Centro de AP e sérvenos de constatación do que vimos describindo, a palabra do médico hai que cumprila tal cal, o pe da letra.

... veño por esta inxección que me mandou o doctor HK e díxome que se me puxera sempre a unha do mediodía en punto, e xa levo esperando 5 minutos, isto non pode ser.

Na participación nos diferentes escenarios sanitarios na que se realizou a observación, pódese apreciar que, en moitas ocasións, cando a un usuario se lle vai a realizar, por parte da enfermaría, unha proba diagnóstica ou a aplicación dun tratamento, este acostuma a preguntar: “ ... *sabeo o doutor BG?*” ou ben “... *foi o doutor BG quen o mandou?*”. Estas interrogantes poden interpretarse de varios xeitos, pero en calquera dos casos, en último termo busca a confirmación, de que o médico sexa o garante da acción que vai a realizar a enfermaría, o que determina que esta é a correcta. Se a resposta é positiva, tanto o enfermo como o seu acompañante quedan conformes. O acordo ou asentimento do médico, lexítima o traballo da enfermaría.

Para empezar á enfermeira acoden os usuarios derivados dende o médico, non sempre se da unha captación directa dos usuarios.

... a enfermeira so acudo cando me manda o médico. (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

Lese neste caso, ... e se non me manda o médico a qué vou ir? E para qué? Obsérvase neste discurso como a profesión enfermeira aínda non fixo os deberes respecto á visibilidade do seu traballo.

Os usuarios realizan un xuízo de valor positivo sobre o traballo da enfermaría, en tanto que cumpren o que o médico dixo. O seguimento da “orde médica”, é un garante da boa profesionalidade da enfermaría. Así o refire a informante que segue.

... o mellor da enfermaría é o traballo relacionado cos tratamentos que hai que poñer, aí vese a profesionalidade como sanitarios. (Nº 52. Muller. Educadora. 47 anos)

Outro informante fala da súa estancia no hospital como acompañante, e vemos como relaciona directamente a boa profesionalidade co cumprimento das ordes emitidas polo médico.

Son moi boas enfermeiras, poñen a medicación a súa hora, cumpren coas ordes do médico, todo moi ben. (Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

Tamén se puido recoller na observación participante, como cando algún paciente ou a súa familia non están de acordo coas prácticas ou o que di unha enfermeira, empregan o médico como arma amedrentadora: “voullo dicir o doutor MU”

Estanse dando xa visións un pouco máis aperturistas, como imos ver máis adiante. Os usuarios cren que a enfermeira precisa máis autonomía, pois neste momento a relación médico enfermeira é unha relación piramidal autocrática.

... deben de tener más autonomía para tratar a los pacientes ... pienso que (as enfermeiras) pueden hacer más cosas de las que hacen, por si mismas. No siempre es lo que diga el médico. (Nº 17. Muller. Profesora de ESO. 57 anos)

Obsérvase que refire a algunhas cousas, non fala dunha autonomía total. Neste momento é sempre o que diga o médico, non hai volta atrás.

A relación médico-enfermeira non é unha relación entre iguais, o médico ocupa unha posición de superioridade, que lle permite rifarlle ás enfermeiras. Ademais de posuír o control do servizo da unidade, está en posición de asumir a autoridade moral para corrixir e ou reprender.

... o médico botoulle unha bronca as enfermeiras, por que claro, comera e non puido baixar a facer a proba a Raios. (Nº 14. Muller. Ama de casa. 61 anos)

A visión popular é clara, entre médicos e enfermeiras, non hai unha relación dialogante; a relación é xerárquica, de supervisión, de control.

A estrutura piramidal faise obvia para os pacientes e mailos familiares. A imaxe da pirámide resulta clara, hai un vértice, onde está o médico e unha base que se vai ampliando coas sucesivas escalas profesionais como xa sinalamos antes, enfermeiras, auxiliares, celadores.



Gráfico 2. Estrutura xerárquica no sistema biomédico

Fonte: Elaboración propia

... eu distíngoas cando traen as letras no bolsillo do pijama, pero agora, polo normal, son tantas que non me fixo, non sei se son enfermeiras ou das camas ou camareiras. (Nº 59. Home. Agricultor gandeiro - xubilado. 70 anos)

Hoxe empezase a cuestionar que o médico sexa xerarquicamente superior á enfermeira, polo menos en canto a organización do seu traballo, como deixa notar a informante.

Hoy en día puedes acudir a la consulta de enfermería sin tener que pasar por la consulta del médico. Ellas tienen su propia labor. Incluso a la hora de hacer una

consulta sobre salud, como tomar una medicación ... (Nº 11. Muller. Ama de casa 58 anos)

O discurso desta usuaria é claro a labor da enfermaría non ten que ver coa labor do médico, son independentes xa na practica. Con todo, esta visión tamén resulta aínda escasa. Tanto como a da que a enfermeira fai as receitas que lle manda o médico.

A seguinte informante é igual de clara e concreta no aspecto autonómico, pero inclusive vai máis alá e declina a responsabilidade do funcionamento do sistema na enfermaría. O persoal de enfermaría é valido por si mesmo non precisa doutras xerarquías.

... estais aprobadas, es más, creo que sin vosotras esto no funcionaría. Sois la pieza clave del puzzle. (Nº 61. Muller. Profesora. 28 anos)

A seguinte informante relaciona unha mellor calidade de atención o usuario cunha maior autonomía e independencia da enfermaría.

Daría más independencia (refírese a enfermaría) y una mejor estructura de trabajo entre todo el personal sanitario para mejorar la calidad del paciente, que al fin y al cabo, es lo que nos interesa. (Nº 30. Muller. Acompañante escolar-administración de autobuses. 52 anos)

A enfermaría ten que asumir responsabilidades e non derivar estas ao médico, feito que non lle axuda a dar a imaxe dun profesional independente xerarquicamente, así o podemos observar no relato deste acompañante na AP. Nalgunhas ocasións como nesta, o posto superior xerárquico do médico é a enfermeira quen o fai notar, seguramente por eludir responsabilidades.

... le preguntábamos sobre la herida: por que estaba así, si era normal o que era lo que estaba poniendo y ella nos contestaba toda seca: lo mandó el médico, preguntele a el; sin dar ninguna explicación ... (Nº 12. Home. Cociñeiro Xefe. 33 anos)

É o mesmo caso que imos observar de seguido. Na atención primaria viamos como algúns profesionais remiten ao médico os seus pacientes, por non asumir responsabilidades, que os profesionais consideran que non lles son propias, ou ben, por “sacarse o morto de enriba”, por falta de tempo ou por outras causas. Con todo, isto redunda como dicíamos nunha perda de credibilidade, e independencia da profesión e mesmo de profesionalidade. Confirma ou aumenta a idea de que o médico é xerarquicamente superior. O informante que sinalamos a continuación, considera que é unha faia de tempo, pero non sempre se ve así.

... no tienen tiempo para atender y te dicen que le preguntes al médico (Nº 49. Home. Estudante de dereito. 32 anos)

Aparece en máis dunha ocasión na observación participante e na recollida de datos, nas entrevistas, que os usuarios, enfermos ou acompañantes, non diferencian o persoal que lles presta os seus coidados dentro do hospital. Non así, o protagonismo do médico que se fai patente dentro do sistema sanitario en tódalas súas actuacións (incluso cando os usuarios non diferencian ao persoal, ao médico si o diferencian) debido ao clima que se produce no seu entorno, como sinala o seguinte informante.

... só se diferencia ben cando entra o médico, porque xa se ve un comportamento diferente en todos, a verdade e que non sei diferenciar quen é en cada momento o personal que entra na habitación, a veces preguntolles pero outras xa ... (Nº 34. Muller. Dependenta supermercado. 54 anos)

O protagonismo do médico e a dependencia que teñen as enfermeiras del, observase tamén no xeito de citar e nomear os profesionais de enfermaría concretos. Así como o nome propio do médico, coñecese incluíndo os apelidos, no caso das enfermeiras isto non acontece así.

... también conozco al practicante del Centro de Salud que es VX , también está MD que ese ya no me toca a mí... aquí en el hospital a las enfermeras no las conozco por los nombres ... el doctor NX es el que me lleva (Nº 58. Muller. Agricultura - xubilada. 71 anos)

No discurso que acabamos de ver dáse outra circunstancia que é a da proximidade ao usuario no que se refire o seu hábitat. No seu centro de saúde coñece polo nome ao persoal de enfermaría no hospital xa non (hai que ter en conta o maior número de persoal sanitario); neste último caso fala en plural da enfermaría.

Coñecer o nome da enfermeira é importante para o paciente, tamén o é que se estableza unha comunicación sobre as prácticas que se lle realizan ou a medicación que se lle administra.

... me gustaría saber su nombre, lo que me van a hacer por ejemplo. Que me digan si es normal que me duela la cabeza y para que es esa pastilla grande tan asquerosa ... (Nº 60. Home. Conductor ambulancias. 43 anos)

A uniformidade debería axudar a identificar a enfermaría e non estar diluída nun mar de persoal, non se sabe quen é quen nin o que fai.

Debería de haber unha uniformidade establecida que facilitara a identificación de quen se está dirixindo a nós, xa que se non se da a coñecer, as veces si están vestidos cun pixama azul que pon “uso exclusivo de quirófano” non sei se son ciruxanos, celadores ou personal de mantenimiento. (Nº 33. Home. Garda civil. 23 anos)

É frecuente que se fale do médico en masculino singular e das enfermeiras en feminino plural, no discurso do informante anterior o médico de referencia é un só, e

así resulta máis fácil para recordar o nome. O sistema xoga en contra da enfermaría, porque está concibido pensando nun modelo biomédico, no que a singularidade do persoal é o médico. No hospital ás enfermeiras chámaselles polo seu nome de pila, se é que se sabe, mentres que cos médicos úsase o apelido na maioría dos casos.

Figura 15. Protocolo cirúrxico

Fonte: SERGAS, 2016

En ocasións ignórase o nome do profesional aparecendo tan so como no primeiro caso que foi un profesional da enfermaría, na imaxe da dereita xa nin iso. O nome dos médicos que interveñen si figura dun xeito totalmente claro. (ver documento integro no anexo 4) .

Este é un xeito máis achegado, máis coloquial de referirse ao persoal de enfermaría; pero tamén é un xeito de disolver a identidade, de sacar protagonismo á súa persoa, incluso de situalo nun plano de anonimato colectivo.

... Julia é a enfermeira que me corresponde por don SD... (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

Outra expresión popular relevante é a de “ir ao médico”, que significa que cando un se encontra mal, o primeiro paso é visitar ao médico.

... frecuentaba máis o médico do que o frecuento; non obstante cando acudía visitaba máis os médicos cos enfermeiros.(Nº 1. Home. Informático. 44 anos)

Tamén se fai referencia á enfermaría empregando expresións populares que restan profesionalidade ou autoridade: *chavala, nena, rapaz* incluso é frecuente un “*oe ti*”, cando non un “*ei pssss!*” como se estivesen chamando o gato ou o can da casa. Estas expresións observadas e rexistradas durante o traballo de campo, non se empregan nunca co médico. O persoal de enfermaría, con respecto e sen que a persoa que emprega estes termos se sinta amoestada, debe de volverse (non revolverse, e explicar): desculpe, xa sei que vostede non me coñece e non sabe o meu nome, porque eu non llo dixen, pero son a enfermeira XB, quería vostede algo?

No hospital ... *veu unha “chavala” e preguntoume se precisaba algo, despois miroume a tensión* (Nº 5. Home. Carpinteiro xubilado. 67 anos)

Por outra banda isto amosa un estar cerca do paciente, o falar no seu propio idioma, sen empregar unha metalinguaxe, o compartir tempo co usuario. Fai que a enfermaría sexa máis próxima, polo que tamén se empregan fórmulas para chamar aos profesionais, máis de andar pola casa. Aínda así non se debe de confundir a proximidade co *colegueo*.

... ellas son como mucho más cercanas ... hay también médicos buenísimos pero yo creo que ellas muchas veces están más próximas (Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos)

Nos Centros de AP tamén é frecuente que non coñezan o nome de pila da enfermeira, con todo, tamén o é que coñezan o apelido.

... non sei cal é o seu nome pero apelidase YU (Nº 5. Home. Carpinteiro xubilado. 67 anos)

Este punto da xerarquía que estamos a analizar ven fundamentado sobre a visión biomédica, sistema predominante na práctica sanitaria no mundo occidental, e que se asenta na posición do profesional como “*suxeito de suposto saber*”, para o que “*o coñecemento e o código do usuario resulta irrelevante ... o médico adopta una posición análoga á do pai. O hospital e o centro de asistencia pode chegar a ser unha auténtica alternativa á familia*”. (Martínez Hernández, 2008)

O médico, como nos di Martínez Hernández, e xa vimos mais arriba, representa a figura paterna. A enfermeira a figura materna e ou usuario, simbolicamente, ven a ser a figura infantil.

Este último termo ven explicado por Parsons e Fox cando din “*a enfermidade é un tipo de desviación da condición normal que supón dependencia con respecto a outros actores, incluso unha primacía de elementos motivacionais regresivos que sitúan o afectado nunha posición infantil*”. (Parsons & Fox, 1952)

Nas entrevistas aparecen en varias ocasións referencias ó autoritarismo dos médicos, o usuario é un ser pasivo (así o reflicte el termo máis utilizado para referirse a el: paciente), e debe de facer o que lle din outros que desenvolven un papel activo de autoridade, se o médico quere tomar café toca esperar, sen importar a hora da cita.

... eu oín, que se queixaban de que don MJ (o médico) tardaba moito en chamar (refírese os pacientes citados, na súa consulta) e que había veces que se marchaba a tomar café cas enfermeiras, tendo xente esperando (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

Algúns médicos considéranse así mesmos como deuses salvavidas e sitúanse nunha posición de superioridade respecto ao enfermo (indefenso pola súa situación). Esta superioridade é o que lles permite facer esperar ao paciente ou que volva outro día ou anularlle unha intervención.

La gente que va al médico es porque está enferma y no para pasar la mañana. (Nº 19. Home. Electricista. 31 anos)

Este último informante define que cando un acude a unha consulta é por algo importante, pero non parece ser esa a percepción do médico.

Podemos observar tamén outras prácticas que se dan, sobre todo no hospital e que responden a un patrón autoritario, por exemplo no momento de pasar a visita.

... á miña nai non lle daban información sobre a súa enfermidade ou a súa evolución, pois todo se levaba cun gran hermetismo, so se observaban miradas de complicidade entre os 6 ou 7 médicos que pasaban a visita o que hai que engadir 2 enfermeiras e 2 estudantes de enfermaría, un total de 10 ou 11 persoas invadindo o espazo vital da paciente, mirándose con cara de circunstancias e sen dicir nada sobre o proceso da enfermidade, dándolle ordes o usuario, como se este fose o culpable de estar alí, e nun ton un pouco elevado como se ademais molestase a súa presenza, naquela cama. Os acompañantes dáselles a información sobre os pacientes fora do seu cuarto no medio do corredor. (Nº 68. Home. Docente en Enfermería. 50 anos)

Neste discurso observamos en primeiro lugar como non se lle dá ao usuario información sobre o seu proceso, cando el é o que debe ter esa información e ninguén máis, o usuario, non o médico, é o que ten que decidir a quen lle comunica o seu estado de saúde. O médico quítalle ao usuario un dereito e determina o tipo de relación entre o que se sente desposuído deste dereito e o que llo usurpa. A relación que se establece é de dependencia -dominancia, un dá as ordes ao outro que se sente nas súas mans. Isto leva consigo unha perda de autonomía persoal, de poder de decisión pasando a depender doutros. Un dá as ordes outro recíbeas. Se o ton da voz é un pouco elevado, ou incluso o usuario é recriminado por algunha cuestión puntual, como non erguerse da cama dúas veces o día, non realizar os exercicios isométricos cando o médico lle indicou. O usuario pode percibir que molesta ou está estorbando, aumentando así a relación de submisión.

Observamos aquí un cambio paradigmático importante; o médico dálle ordes o usuario, en lugar de estar en función del. Darlle ordes ao usuario non é axudarlle, é sometelo. A axuda enténdese como protección, quen non recibe axuda séntese desprotexido. Protéxese o que é débil, vulnerable. Por esta razón o que se protexe debe de ser axudado.

O usuario, enfermo, atópase nunha situación de fragilidade, de vulnerabilidade, que precisa a protección dos que o coñecen e “saben” que é o que lle acontece, pois son eses os que dominan o medio. O dominio que exerce quen ten coñecementos, quen “sabe”, pode chegar ao dominio de quen “non sabe”, dominar á persoa en definitiva. Ocultar información é un xeito de dominio sobre o usuario.

A enfermaría é cómplice neste xeito de actuar do modelo biomédico, así e todo por ser a enfermeira a que recibe ordes tamén, e non estar na cúspide piramidal os usuarios recorren a ela como intermediaria, ela coñece o medio, ten o poder de entender a linguaxe e o coñecemento. O usuario reclámalle o seu papel de intermediaria, entre o ser superior e o esclavón inferior establecido polo sistema.

Isto crea un rexeitamento fronte a actitude dos médicos e das enfermeiras (nalgúns ocasións); como esta situación non pode evitarse, dado que o paciente obedece mentres os demais mandan, refórzase a idea inicial de sometemento que tiña o usuario. Explicado doutro xeito, cando se sente rexeitamento cara algo, pero debe asumirse obrigatoriamente, sen liberdade de elección, maniféstase a dependencia e o sometemento forzados.

... de xeito circunstancial, asistín a observación do pase dunha consulta médica dun especialista, que lle dicía os seus pacientes que tiñan que asinar o consentimento informado, para poder ser intervidos cirúrgicamente. O primeiro que observei foi que os usuarios asinaban sen tan sequera ler o que alí dicía. O que da idea do sometemento a vontade dun terceiro por parte do usuario enfermo. A segunda observación foi que, os usuarios cando o médico lles explicaba o tipo de intervención á que serían sometidos, estes asentían, e se nalgún momento (poucos) eran consultados sobre o seu parecer, ou ben lles dicía o especialista que a decisión última era deles, estes respondían na maioría dos casos -faga vostede o que crea oportuno doutor, coma seu fose da súa familia-. No caso de algúns “atrevidos” que ousaban, dicirlle o médico que lles apetecería ter unha segunda opinión, o ton de voz do sanitario cambiaba, facéndose máis grave, amosando estar molesto pola pouca confianza do usuario a vez que lle espetaba “alla usted haga lo que le parezca, cuanto más tiempo tarde en ser intervenido más problemas va a tener”. (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

Polo que acabamos de describir, o usuario, convertese nun individuo vulnerable, despouído de dereitos, cando menos dalgúns deles (como a información sobre a propia saúde). Esta circunstancia, como se observa perfectamente no relato anterior, anula a súa capacidade de decisión, quedando reservada única e exclusivamente aos que “saben” ou posúen información. Deixa ao usuario desprotexido, sen axuda e nas mans dun terceiro, á mercé de decisións dun outro alleo a el mesmo. Perde a súa liberdade, a súa autonomía. O usuario convertese nun individuo dependente, pasivo, vulnerable a calquera agresión, que debe de obedecer, sen “rechistar” e todo isto por que non sabe.

No canto da enfermaría, temos un exemplo moi común, respecto da información coas tomas de presión arterial, o que segue é o relato, en forma de conto que realiza un informante.

A todo isto, aí polas dez corenta e cinco, cadroulle de pasar á TDTA, (Tomadora de Tensión Arterial). Todas as TDTAS gardaban con gran hermetismo o segredo da tensión que tiña cada paciente. Polo menos eu nunca din conseguido que me revelasen a que tiña. Unha vez pregunteille a unha por que non ma dicían se a tensión era miña. Ela respondeume que o tiñan prohibido, porque, aínda que a tensión fose miña, o aparato co que ma tomaban non era meu nin sequera delas, senón da colectividade. De maneira que, en canto me tomaban a tensión con aparatos colectivos, esa tensión, inicialmente miña, pasaba a ser un ben común. (Nº 69. Home. Sacerdote católico, Ilusionista. 65anos)

Na maioría das ocasións, os médicos colócanse fronte ao usuario e, sen ningún tipo de explicación, réalízanlle un interrogatorio frío e totalmente aséptico, que non ten nin o máis mínimo sentido para o usuario e de seguido fanlle unha chea de indicacións, ou ben dinlle da necesidade de someterse a unhas probas diagnósticas, sen ofrecerlle tampouco ningunha explicación e dando por sentado que o usuario coñece, os pros e contras destas, así como os termos da súa realización ou da súa incomodidade.

No caso da enfermaría, observamos en moitas ocasións, cando o profesional está realizando algún procedemento, no caso de que o usuario pregunte algo, a súa resposta é que o ordenou o doutor “mengano”, ou que se lle pregunte o doutor “citano”, o que ven a ser o mesmo. Máis arriba xa comentamos este caso e as súas consecuencias para o usuario así como para a enfermaría.

... nos tocó una enfermera con un carácter un poco borde. Íbamos allí a que le hicieran las curas y le preguntábamos sobre la herida: por que estaba así, si era normal o que era lo que estaba poniendo y ella nos contestaba toda seca: lo mandó el médico, preguntele a el; sin dar ninguna explicación ... (Nº 12. Home. Cociñeiro Xefe. 33 anos)

3.3.3. Importancia do espazo mailo tempo nos coidados

O trato da enfermeira é moi agradable, moi atenta incluso se é en horas nocturnas, o que fai que lle dea un valor engadido, polo día parece normal o bo trato, pero pola noite, aos usuarios parécelles excepcional.

O trato coas enfermeiras moi ben, moi agradables, moi atentas, eu, é que non teño nada que dicir, cando foi dos accidentes moi ben, incluso as da noite, aquí no ... (nome

do concello) moi ben, en Madrid cando vou, tamén, así que para min moi ben (Nº 2. Ama de casa. 76 anos)

O espazo no que se reciben as atencións sanitarias inflúe no trato percibido polo usuario. A maior distancia espacial do centro de atención sanitaria, maior descoñecemento por parte do usuario, o que implica segundo o discurso que segue, peores atencións.

(o trato) no Hospital xa non é así (compara o trato co seu centro de atención primaria) e no Centro de Especialidades moito peor (Nº8 .Ama de casa. 58 anos)

Coas miñas enfermeiras no centro de saúde moi ben. Cando fun facer análise ao Centro de Especialidades, tampouco me trataron mal, pero na residencia (Hospital Xeral) tocáronme moi mal ... fun a pincharme e cando cheguei alí e me pinchou, empeza: “i aprete ben que despois dicen que pinchamos mal”, pero mira, berrando dunha maneira que parecía unha tola. Outro día por que me confundín de silla para facer os análise, tamen me reñeron ... Cando rompín o brazo, o día que fun quitar o xeso do brazo a enfermeira que había alí deixouno caer, que non sabes como me doe, e non me axudaron para nada a vestirme, tiven que saír para fora e veu unha rapaciña que pasaba por alí axudarme ¡fíxate que brutas! Despois menos mal que chegou Mª José e foi buscar unha venda para colocarmos no colo ... No centro de saúde os médicos son moi amables e as enfermeiras tamén.(Nº 9.Agricultora. 67 anos)



Figura 16. Centro de Atención primaria de Fingoi (Lugo)

Fonte: Noticias actualidade 20 minutos. (Arias, 2007)

Tamén podemos observar como a maior proximidade no espazo tradúcese como mellor trato. A enfermeira é moito máis próxima emocionalmente, o que se compara co espazo físico que ocupa, está máis tempo fisicamente cerca do usuario que outros estamentos.

... ellas son como mucho más cercanas ... hay también médicos buenísimos pero yo creo que ellas muchas veces están más próximas. (Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos)

Mi trato con la enfermería como acompañante ha sido profesional y cercana. De esta profesión me gusta el estar en contacto con el paciente y atender a sus necesidades para intentar que vayan mejorando.(Nº 30. Muller. Acompañante escolar-administración de autobuses. 52 anos)

Un mito respecto do tempo, está relacionado coa crenza de que os profesionais de enfermaría de maior idade prestan unha atención máis rutineira por estar máis acostumados a esas situacións ou por estar máis saturado. Aos profesionais máis novos presúponlles máis paciencia, máis motivación o máis ganas de facer mellor as cousas. De maneira que o tempo cronolóxico no que respecta a idade das enfermeiras/os, segundo este mito, inflúe na calidade dos coidados.

... pienso que depende de la edad de las enfermeras. Creo que la gente joven es más amable, te explican las cosas con más paciencia y claridad, de forma que las entiendas. También se preocupan más por el estado del paciente, lo personalizan más. Las enfermeras que llevan muchos años se lo toman más como una rutina o como una obligación. (Nº 18. Muller. Química. 28 anos)

... o trato que tiven coa enfermaría, podo decir que depende de quen sea, polo normal os/as enfermeiros/as máis novas, ata 35 anos aproximadamente, soen ser moi agradables e atentas, sen embargo parece que co paso da idade estas facultades tamén se van perdendo e vólvense algo máis ásperas e fungonas ... nunca tiven ningún problema importante con eles/elas. (Nº 34. Muller. Dependenta supermercado. 54 anos)

Esta mesma aseveración imos a encontrala nun usuario da Atención Especializada (AE), no hospital, que ademais da idade da enfermeira, sinala outro vector, que polo xeral vai ligado á idade pero que non ten por que ser así, é o tipo de contrato do persoal. O persoal fixo dá peor atención que o contratado, en canto a atención. Continuamos vendo o tempo como factor influente, a permanencia no servizo no tempo ou no posto de traballo.

A mí me parece que las más jóvenes son mucho más atentas y se preocupan mucho más por ti...también noto que las fijas... bueno como les llameis protestan mucho más, bueno...no es que protesten más, es que pasan más del tema.(Nº 19. Home. Electricista. 31 anos)

O tempo de atención ligado ás cargas de traballo tamén fai aparecer unha variante que a miúdo é percibida polos usuarios, neste caso un acompañante así o relata.

... creo que depende del “chollo” que tengan. Si tienen poco trabajo te tratan con más atención, pero si tienen mucho, atienden gente como quien hace churros, y claro, el trato se resiente. (Nº 19. Home. Electricista. 31 anos)

Neste momento de crise, en que as políticas tenden a controlar os gastos, fálase da atención ao usuario en termos de necesidade ou de servizos sociais. É dicir, hai dous tipos de usuarios, segundo a administración, os que van a pasar a mañá porque están desocupados, e os que van aos centros de saúde por necesidade. As veces o usuario sente que o persoal de enfermaría non entende estas necesidades, e ve o usuario como un individuo que precisa das atencións nun centro social.

La gente que va al médico es por que está enferma y no para pasar la mañana. (Nº 19. Home. Electricista. 31 anos)

O tempo como espera de acontecementos, de resolución, de realización de actividades, resulta incómodo no mundo actual, e xera tensións que en moitas ocasións se transforman en agresividade. Que o tempo de espera se acurte é una das peticións que se dan por parte dos acompañantes.

Que el tiempo de espera en ser atendido no se alargue mucho de la hora citada. (Nº 13. Home. Profesor de BAC. 35 anos)

El tiempo de espera es horrible, te puedes morir, no es cosa de la enfermera ... la organización no dispone de personal suficiente ... hay unas colas impresionantes jeso es una vergüenza! Me gustaría no tener que volver a pedir cita, se entiende que si acudo mensualmente por una medicación, no vas a estar colgado al teléfono o estar esperando en la cola un montón de tiempo, eso es lo que está mal. Eso se puso ahora y es horrible, a veces vas contrarreloj y es horrible. (Nº 16. Muller. Prexubilada. 54 anos)

... las citas, se pierde mucho tiempo ... harían falta muchos más profesionales para agilizar. (Nº 12. Home. Cociñeiro Xefe. 33 anos)

... la espera, a veces te entran ganas de irte, tengo dejado a mi madre en la sala de espera ir a tomar un café, ir a hacer recados volver y aún no la habían atendido ... supongo que habría que poner más tiempo, mas personal, más gente trabajando a veces llevan demasiados pacientes ... a veces te despachan enseguida, pero si no habría más colas. (Nº 15. Home. Conductor de vehículos. 38 anos)

... o único malo que vexo aquí é que te citan para unha hora e pasa moito tempo en atenderte. (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

Aparece outro binomio, boa atención relacionada co tempo. A maior tempo de atención mellor calidade de traballo polo tanto mellor atención.

... aumentar el número de profesionales para que no estén tan agobiados y se puedan tomar su tiempo a la hora de hacer su trabajo. (Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos)

Factor importante que observan os pacientes é o estrés do persoal de enfermaría.

... que hubiese más gente ayudandola, para no tener que trabajar ta agobiada. Tiene que ir a la Residencia de Ancianos, tiene consultas a domicilio, a veces anda muy agobiada la pobre ... (Nº 14. Muller. Ama de casa. 61 anos)

Na atención secundaria ou especializada respecto o tempo obsérvanse os mesmos mitos, algúns deles con diferentes variantes.

El problema de la enfermera en el hospital es que no tiene tiempo para dialogar (Nº 48. Home. Empregado Hostalería. 39 anos)

... lo que menos me gusta de la enfermería es que andan siempre con prisa ... (Nº 50. Muller. Empregada de fogar. 35 anos)

... que no anden siempre con prisa, que atiendan con más calma ... (Nº 51. Muller. Empregada fábrica-xubilada. 80 anos)

A falta de tempo leva consigo outros problemas como son as cargas de traballo, por ese motivo a enfermaría debe reclamar o persoal suficiente para poder ter unha visión holística do usuario e poder realizar as prestacións necesarias para acadar uns coidados de calidade. A falta de tempo para a atención supón que se confunda coa falta de coñecementos comunicacionais.

Hay que poner profesionales de la enfermería con adiestramiento en relaciones humanas y exentas de tareas que les impidan esa dedicación. (Nº 53. Muller. Técnico Superior. 55 anos)

No discurso do seguinte informante, observamos como a falta de tempo material fai que se vexa resentida a comunicación co usuario. Neste caso pode afectar á proximidade con el, característica esta da enfermaría, que pode chegar a perderse si se perde o uso da palabra e sexa cal sexa a causa, os usuarios acúsano e demándano.

... no tienen tiempo para atender ... que expliquen y entiendan lo que expliques ... (Nº 49. Home. Estudiante de dereito. 32 anos)

Dentro do ámbito hospitalario tamén encontramos usuarios que aproban o xeito de realizar o traballo da enfermaría dun xeito rápido considerando que rapidez á hora de realizar tarefas equivale a ser un profesional eficiente. Seguimos vendo no

discurso que os usuarios demandan máis tempo para o contacto coa xente e a ampliación de plantilla.

Me gusta la rapidez con que hacen el trabajo, pero me disgusta que no tengan tiempo para el contacto con la gente, por este motivo ampliaría la plantilla del personal de enfermería. (Nº 55. Home. Cociñeiro. 73 anos)

Yo llamé una vez al timbre ... y ya al momento estaba la enfermera en la puerta... la señora de al lado mía, llama seguido y puntualmente se presentan allí ... (Nº 58. Muller. Agricultura - xubilada. 71 anos)

Como vemos a presenza da enfermmería e continua no tempo, sempre está aí. O seguinte informante realiza dous relatos que se contradín entre si. Por un lado, conta unha historia en terceira persoa e por outro, conta en primeira persoa a experiencia vivida.

... dixo un (un amigo do informante) que tivera o pai ingresado fai uns anos, tres polo menos, e que na sala había un home que estaba so, por que non tiña a nadie e que estaba en malas condicións, sabe? Mollado e eso e tamén dixo, que chamou pero que nadie veu atendelo, pero ... eu ... eu estiven dous meses co meu papá na habitación, esta do lado, e había noites que había que cambialo catro ou cinco veces na noite e nunca lle dixeron nada (refírese a que o persoal, non se queixaba, nin o abroncaba) e daquela a Seguridade Social non lle tiña os medios que hai agora ... pero bueno, eso xa se sabe, cada un conta as cousas ... (Nº59. Home. Agricultor gandeiro - xubilado. 70 anos)

... el paciente ... sabe que si llama al timbre algunha va a venir y eso da tranquilidad. (Nº 61. Muller. Profesora. 28 anos)



Figura 17. Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo)

Fonte: GOCSA. (GOCSA, 2010)

Outro usuario liga a falta de tempo coa aparente falta de profesionalidade adxudicándolle esta responsabilidade ao persoal da enfermaría. Tamén aparece nos seguintes relatos a escaseza de plantilla considerando que isto inflúe na variable tempo, e a menor tempo menor calidade de atención.

... no me gusta encontrarme con la falta de profesionalidad. Reconozco que contra el tiempo no podeis luchar, pero creo que un ¡hola! o un ¿qué tal ... ? no supone tanto ... Aumentaría la plantilla, la falta de tiempo empeora las relaciones enfermera - paciente y el trabajo en general. (Nº 61. Muller. Profesora. 28 anos)

... aumentar la plantilla, hay poco personal y eso hace que el trato y trabajo empeore y no por culpa vuestra. Entiendo que igual no hay presupuesto para aumentar la plantilla en todos los turnos ... pero en alguno sería imprescindible. (Nº 62. Muller. Administrativa. 40 anos)

Aumento del personal, así podríais dedicar mayor cuidado y disponibilidad hacia nosotros, los pacientes. (Nº 63. Home. Enxeñeiro. 30 anos)

Hai pouco persoal sanitario, o meu parecer, e que seguramente debido a iso, non se paran o debido tempo, moitas veces van despois van correndo con respecto o traballo ... o aumento do mesmo (persoal de enfermaría). Con máis persoal eu creo que todo é máis doado, pódense parar máis cos pacientes, parar máis cos acompañantes cando lles preguntamos as cousas porque as veces marchan correndo. (Nº 34. Muller. Dependenta supermercado. 54 anos)

Unha das variantes do tempo rompe co mito de que todo tempo pasado foi mellor. Os usuarios consideran que a atención, no que se refire ao trato persoal, mellora respecto aos tempos pretéritos.

Mellorou todo moito, opereime no materno fai vinte anos e o trato das enfermeiras era outro. (Nº 66. Muller. Ama de casa. 61 anos)

A continuidade da atención da enfermaría no tempo, supón que este persoal estea presente o lado dos usuarios as 24 horas do día, tanto na atención primaria coma na especializada. Estamos a falar do que popularmente se coñece como *quendas*. Esta circunstancia, dá aos usuarios unha certa tranquilidade.

Lo que veo mal es lo de los cambios de turno, que hoy trabajen de mañana, otra de tarde, otra de noche, porque no hay tiempo para concentrarse ... en Barcelona tenían siempre el mismo turno, las enfermeras trabajaban 12 horas, de 8 de la mañana a 8 de la tarde ... nunca tuvieron ningún problema, en el sentido de equivocarse con la medicación ... (Nº 32. Muller. Enxeñeira. 31 anos)

... creo que estarían mellor turnos máis estables ... por exemplo unha semana de mañás, unha de tardes dúas de noites e unha semana libre (Nº 35. Home. Viaxante de empresa. 37 anos)

A enfermaría ademais de estar sempre presente no tempo e no espazo é resolutiva para o que se precise.

... respecto a dispoñibilidade da enfermaría, sempre acudiron de maneira inmediata dando solución o problema presentado. (Nº 33. Home. Garda civil. 23 anos)

... cuando se les requería venían puntualmente ... las tomas de medicación en su momento (Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

O tempo de *Chronos* ten importancia á hora de dar coidados a un usuario. O seguinte discurso fai patente como o persoal de enfermaría está presente nesta acepción do tempo, e dicir, ao longo do tempo en todo o proceso de necesidade dos coidados.

... a enfermeira ten un contacto máis próximo que o médico ou o un celador ... xa que está dende o primeiro momento ata a fin da hospitalización, seguindo a evolución do paciente. (Nº 35. Home. Viaxante de empresa. 37 anos)

Outra variante do tempo, dende a perspectiva fenomenolóxica, podemos considerar que é o tempo en relación con cada individuo. Quere isto dicir que o usuario utiliza o tempo de atención recibida como medida da calidade dos coidados recibidos por parte da enfermaría.

Para mejorar ... que se dedicaran más a cada paciente, que cada uno tuviera su tiempo y que no te dieran algo rápido y ya está. (Nº 38. Home. Estudante. 18 anos)

3.3.4. O lugar da técnica e mailo contido dos coidados. Os coidados culturalmente competentes, dende a visión popular

Popularmente as técnicas que se coñecen e que realizan as enfermeiras, son técnicas simples, que as podería realizar calquera persoa e ademais, son delegadas do médico. Considéranse técnicas de coidados domésticos que non precisan ser realizados por persoal con formación específica.

A relación coa miña enfermeira é moi boa ... creo que hai outra no meu centro de saúde , pero non me acordo como se chama ... vou cos abuelos a facer curas, ver a tensión, mirar o azúcar ... eu non suelo oír críticas, porque para min fan un traballo que é de admirar, non todas as persoas valen para ser enfermeiras ... (Nº 4. Contable. 33 anos)

... fan curas, pesar, mirar a tensión, e creo que tamén fan electros (Nº 8. Ama de casa. 58 anos)

está para pincharte, para mirar a tensión e para pouco máis ... (Nº 10. Maestra. 57 anos)

... eu ía xunto da enfermeira para facer os análisis que me mandaba o médico.(Nº 3. Muller. Ama de casa. 72 anos)

... á enfermeira so acudo cando me manda o médico.(Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

... os electros, as analíticas ... mandamos facer a médica cando vou cabo dela cada seis meses (Nº 5. Home. Carpinteiro xubilado. 67 anos)



Figura 18. Técnicas de enfermaría

Fonte: El Periódico.cl (Antivil, 2015)

No coidado holístico é importante ter presente non só ao usuario se non tamén ao acompañante, por formar parte do entorno do noso usuario e porque ademais nos vai a servir de axuda na mellora da comunicación con el. No seguinte discurso faise notar como a que parece ser a coidadora principal é a que está capacitada para recibir a información do profesional sanitario, punto este que debemos de ter moi presente no trato cos acompañantes.

Me parece que cuando vas acompañando a alguien, sobre todo cuando llevas al médico a personas mayores, que te necesitan más, cuentan poco contigo como acompañante. Me refiero a que en lugar de explicarte a ti los detalles, se los explican a la persona mayor que a lo mejor no se entera de nada. (Nº 18. Muller. Química. 28 anos)

Na atención primaria dáse un trato máis personalizado, con todo, tamén se acusa o trato impersoal aínda que menos que no hospital. Na AE refírense ao usuario como un número. Esta circunstancia fai que o individuo perda a súa identidade e pase a ser un ente anónimo dentro dun medio do que descoñece o seu funcionamento e a súa linguaxe.

... me gustaría que nos trataran como a personas y no como números (Nº 18. Muller. Química. 28 anos)

... atienden gente como quien hace churros, y claro, el trato se resiente ... sólo quiero que nos traten como a personas. La gente que va al médico es por que está enferma ... uno no va por que tenga cuento. (Nº 19. Home. Electricista. 31 anos)

A enfermaría realiza traballos que neste momento se fan visibles, cando antes non se vían ou non se realizaban. Neste momento a enfermaría controla as novas técnicas dun xeito independente, con outra orde xerárquica.

... mi madre visitaba más la consulta del médico, ya sabes como es la gente mayor, se fía más del médico, jejeje! aunque también iba mucho a la enfermera, sobre todo por el tema del sintrom, antes se tenía la idea del practicante, ahora poco a poco se ve que haceis más cosas. La enfermera era muy cariñosa y al ser un sitio pequeño conocía a todos los pacientes ... las pobres hacían lo que podían, si no daban pinchado ... supongo que hacían lo que les mandaban, mandar el paciente a Lugo. (Nº15.Home.Conductor de vehículos.38anos)

Mensualmente acudo con mi tío ... para controlar la tensión, glucosa, buscar medicamentos ... ahora desde hace cosa de un mes para controles de sintrom. (Nº 16. Muller. Prexubilada. 54 anos)

... a miña enfermaría lévame un control cada dous meses, cítame ela ... o que debo comer, do que me debo retraer. Cada vez que vou alí dicemo. A xunto da médica vou facer unha revisión cada seis meses. (Nº 5. Home. Carpinteiro xubilado. 67 anos)

Aparece a cuestión da especialización da enfermaría. Neste discurso planease unha comparación entre a práctica da medicina e a enfermaría.Considera que as técnicas a aplicar na enfermaría son comparables con as que se utilizan no sistema biomédico.

Dividir la carrera en especialidades, al igual que la medicina, para formar así profesionales especializados en su campo. Aumentar el número de profesionales para disminuir la lista de espera. (Nº 13. Home. Profesor de BAC. 35 anos)

O traballo en equipo é percibido polos usuarios, aínda que non se vexa a autonomía dos profesionais da enfermaría. Enténdese aquí que é a enfermeira, a que

dentro da súa autonomía acude a instancias xerarquicamente superiores establecidas polo sistema biomédico, cando xurde algunha novidade na evolución do paciente.

... acudo con más frecuencia a la consulta de la enfermera que a la del médico ... aunque este médico y esta enfermera están muy compenetrados cualquier consulta o duda que surja de nuevo siempre lo comparte con el médico. (Nº 14. Muller. Ama de casa. 61 anos)

Os coñecementos técnicos son importantes, quizais ocupen o primeiro lugar na visibilidade da profesión da enfermaría. No debemos esquecer que o xeito de relacionarse e de dar atención ao usuario resultan ser tamén unhas técnicas imprescindibles para dar unha boa atención e uns coidados culturalmente competentes.

... en primer lugar formar buenos profesionales pero también educarlos en la atención al paciente (Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos)

Continúa habendo enfermeiras, moitas menos, que non son coñecidas polos seus pacientes na AP. Os usuarios, tampouco saben cales son as funcións da enfermaría nin as técnicas que realiza esta.

... non sei como se chama a miña enfermeira, xunto dela non vou, porque como traballo non me coincide ... e vou sempre a xunto da médica ... a enfermeira hai que ir de 9 a 10 que é o horario que ten para as medicinas (realizar recetas) ... mira a tensión, as receitas, análise ... e é o que fai (Nº 6. Muller. Asistente de Domiciliaria. 60 anos)

... hai moita xente que dice ... que ... bueno, que non lle apetece que esté a enfermeira, por que tes que ir o médico e tes que explicarlle cousas íntimas a unha persoa que non é o teu médico. (Nº 10. Muller. Ama de casa -Mestra. 57 anos)

Outros cren, os menos, que a enfermeira ten autonomía en canto as técnicas.

A miña enfermeira mira a tensións, as receitas e análise, creo que os pide non só os fai. (Nº 6. Muller. Asistente de Domiciliaria. 60 anos)

Na atención secundaria ou especializada, as técnicas visibles popularmente polos usuarios van máis encamiñadas a unha atención holística que é de comunicación e escoita que na atención primaria. Entendemos que se nota máis esta carencia no medio hospitalario que no centros de saúde.

... o mellor da enfermaría é o traballo relacionado cos tratamentos que hai que poñer, aí vese a profesionalidade das enfermeiras como sanitarios. (Nº 52. Muller. Educadora. 47 anos)

Atopamos unhas usuarias que teñen claro que demandan unha atención holística, sen lugar a dúbidas. Achacan esta carencia ao sistema biomédico no que está

inmersa a enfermaría, non estando exenta esta de que o funcionamento do sistema sexa así.

... su trabajo profesional está mediatizado por la curación puntual ... no me gusta que no tengan más amplitud de miras: prevención, información, cultura. El sistema las ha limitado. Hay que poner profesionales de la enfermería con adiestramiento en relaciones humanas y exentas de tareas que les impidan esa dedicación. (Nº 53. Muller. Tecnico Superior. 55a nos)

... el desempeño de su profesión, que en mi experiencia, no está reñido con el trato no tiene un nivel comunicacional que sería el deseable. No me gusta que se ponga por encima y del lado del sistema, aunque ese sistema ya no funcione ni sirva para la salud, pondría una figura en hospitalización y en consulta, que sirviese sólo de traductor o interprete, y con formación en temas de salud, no de curación de la enfermedad. (Nº 56. Muller. Profesora ESO. 39 anos)

Estas informantes veñen de definírnos o modelo biomédico, que busca a curación do individuo sen ter en conta a cosmovisión do usuario, o cal aceleraría e melloraría a súa curación. No caso dos coidados de enfermaría resulta totalmente imposible acadar uns coidados de calidade se non temos presente todo o que rodea ao individuo considerando a este como un ser holístico.

Advírtenos de que o modelo biomédico está obsoleto. Explícanos cal é a causa, que está no sistema, que limita a enfermaría no seu desenvolvemento. Ofrecenos unha solución, preparación da enfermaría en comunicación e facer desta o principal obxectivo do seu traballo, co gallo de chegar á esencia individual no seu particular xeito de comprender, vivir e expresar a enfermidade.

A comunicación, o dar explicacións, é algo moi demandado polos usuarios por activa e por pasiva. O Usuario non quere ser un actor pasivo na súa doenza, quere ser partícipe, saber que é o que se está a facer con el, porqué e para qué. E ademais está no seu dereito.

... creo que todas deberíais de explicarnos que nos vais a poner, para que sirva ... Para resumir, la falta de información por parte de todos los profesionales es lo que más me disgusta. (Nº 61. Muller. Profesora. 28 anos)

As tarefas son importantes, pero deben de estar acompañadas da atención personalizada. De non ser así, os coidados en enfermaría non son culturalmente competentes nin uns bos coidados.

... me disgusta que no se tenga en cuenta el paciente, si no el trabajo y que los trates como a uno más, cuando debería ser de otra forma; que no es que va uno y vuelve otro,

y ... que no es el mismo. Hay que estar más pendiente de los pacientes ... (Nº 32. Muller. Enxeñeira. 31 anos)

3.3.5. Cómo son percibidos os coidados de enfermmería polos usuarios

Como estamos vendo, dende o punto de vista *émico*, os usuarios teñen a súa propia percepción de cómo son os coidados de enfermmería, que non é coincidente en moitas ocasión coa realidade. Para noso traballo, interésanos coñecer o seu punto de vista para poder proporcionar unha atención enfermeira holística, na que debemos ter presente o punto de vista do protagonista dun xeito activo no proceso do coidado.

Moitos cidadáns descoñecen como debe de ser o coidado de enfermmería, que é o que estes profesionais fan, cales son as súas funcións ou papel no mundo da saúde. Nalgúns casos como no que imos ver é debido a que non usan os servizos ou non precisaron usalos.

... frecuentaba máis o centro do que o frecuento; non obstante cando acudía visitaba máis os médicos cos enfermeiros ... ahora mesmo descoñezo a enfermeira que me corresponde, é porque non a necesito ... descoñezo as funcións das enfermeiras; o que si sei e que se encargan do programa do sintrom e que teñen que darlle os pacientes un documento donde di como teñen que tomala medicación. (Nº 1. Home. Informático. 44 anos)

No seguinte caso os usuarios so coñecen algunhas das técnicas que realiza a enfermmería.

... fan curas, pesar, mirar a tensións, e creo que tamén fan electros. (Nº 8. Muller. Ama de casa. 58 anos)

Noutras ocasións o usuario non coñece o traballo da enfermmería pero tampouco lle preocupa coñecelo, so demanda un bo trato. Se a enfermeira é amable e cordial, está ben.

Non sei no que podería mellorar a enfermmería dentro do meu centro de saúde ... sempre me trataron ben ... o trato sempre foi agradable e cordial (Nº 7. Home. Traballador fábrica de leite-xubilado. 65 anos)

Falar co usuario, no seu propio idioma, sen empregar unha metalinguaxe, o compartir tempo con el, fai que a enfermmería sexa máis achegada.

... ellas son como mucho más cercanas ... hay también médicos buenísimos pero yo creo que ellas muchas veces están más próximas. (Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos)

Unha das demandas máis solicitadas polos usuarios refírense a formación dos profesionais da enfermmería no tocante á comunicación, sendo como vemos unha das cuestións mais valoradas.

... en primer lugar formar buenos profesionales pero también educarlos en la atención al paciente.(Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos)

No carácter as veces son muy déspotas, comprendo que non se poden implicar, pero ... que fixeran un curso de relacións sociais. A maioría non se relacionan como é debido. Poñer por diante que elas son as que saben, e os demais non ... (Nº 52. Muller. Educadora. 47 anos)

Outra das características inherentes á profesión enfermeira segundo demandan os usuarios é a amabilidade, que debера estar presente nos coidados xunto coa boa praxe.

... que nos traten con amabilidad y respeto, que hagan bien su trabajo, que el tiempo de espera en ser atendido no se alargue mucho de la hora citada.(Nº13.Home.Profesor de BAC.35 anos)

A las enfermeras les pediría que sean agradables en el trato (Nº 32. Muller. Enxeñería. 31 anos)

... que sean más cariñosas y amables, que lo que más necesitan los enfermos es cariño (Nº 51. Muller. Empregada fábrica-xubilada. 8 anos)



Figura 19. Enfermería e as emocións

Fonte: Debuxo de Mariña Dafonte Paz. (10anos). 2016

Tamén observamos a relación que garda na comunicación que a enfermeira sexa coñecida polo seu nome, iso dá unha garantía de proximidade ó usuario na percepción duns coidados de calidade.

... cando acudía o centro de saúde, coñecía a miña enfermeira polo nome , era XX. (Nº 1. Home. Informático .44 anos)

... conozco a QW é a miña enfermeira. (Nº 2. Muller. Ama de casa. 76 anos)

... as enfermeiras variaban, estaba WE, un rapaz de barba que se marchou, hai outra no canto de QW que se chama ... como se chama, agora non recordo, pero si ... agora en CC estou tamén moi contenta con ER, é moi atento, moi listo ... (Nº 3. Muller. Ama de casa.72 anos)

... a miña enfermeira é TY, creo que hai outra pero non recordo como se chama. (Nº 4. Muller. Contable. 33 anos)

... a enfermeira que me atende a min chámase IO e a outra OP, a min sempre me fixeron o que lles pedín. (Nº 7. Home.Traballador fábrica de leite-xubilado. 65 anos)

... a miña enfermeira chámase PA, que é a que me pertence e a outra chamase AS, e cando non está PA aténdeme AS, coas dúas moi ben ... (Nº 8. Muller. Ama de casa. 58 anos)

... mira, de DQ e de FW que son as enfermeiras de CC teño que falar sempre ben ... sempre me trataron ben ..., no hospital tratáronme mal ... (Nº 9. Muller. Agricultora-xubilada. 67 anos)

Os usuarios no seu centro de saúde, coñecen polo nomeós profesionais da enfermaría, no hospital xa non, debido en parte ao número de sanitarios, tamén é de notar como neste ultimo caso fala en plural da enfermaría, o que fai que sexa máis impersoal.

... también conozco al practicante del Centro de Salud de VX, también está MD que ese ya no me toca a mi ... VX es estupendo me mira la tensión por lo menos todos los meses y ... aquí en el hospital a las enfermeras no las conozco por los nombres, pero lo que se es que me preguntan todo, muy buenas ... y lo que quiero de comer ... (Nº 58. Muller. Agricultura-xubilada. 71 anos)

... no meu centro de saúde non sei cal é o nome da miña enfermeira ... pero apelidase YU. (Nº 5. Home. Carpinteiro xubilado. 67 anos)

Os usuarios perciben, como vimos máis arriba, unha falta de autonomía nos profesionais da enfermaría á hora de prestarlles atención.

... deben de tener más autonomía para tratar a los pacientes ... pienso que (as enfermeiras) pueden hacer más cosas de las que hacen, por si mismas. Siempre (neste momento) es siempre lo que diga el médico. (Nº 17. Muller. Profesora de ESO. 57 anos)

O contacto cos usuarios e o seguimento autónomo por parte da enfermaría sen depender de ninguén é importante á hora de realizar o traballo e dar unha imaxe de autosuficiencia.

... a miña enfermaría lévame un control cada dous meses, cítame ela ... o que debo comer, do que me debo retraer. Cada vez que vou alí dicemo. A xunto da médica vou facer unha revisión cada 6 meses. (Nº 5. Home. Carpinteiro xubilado. 67 anos)

Outra das demandas dos usuarios vai no senso de entender á persoa que recibe os coidados como un ser biopsicocial y holístico, o que ten que levar aos profesionais a reformular un cambio paradigmático na organización dos coidados de saúde nos centros asistenciais ... *“facendo que cada día se tome máis en conta o contexto cultural dos usuarios, permitíndolle tomar as súas propias decisións sobre o seu coidado, así como o acompañamento de familiares”*... (Rebolledo Malpica, 2013). O acompañante debe de ser tido en conta á hora de dar os coidados.

Me parece que cuando vas acompañando a alguien, sobre todo cuando llevas al médico a personas mayores, que te necesitan más, cuentan poco contigo como acompañante. Me refiero a que en lugar de explicarte a ti los detalles, se los explican a la persona mayor que a lo mejor no se entera de nada. (Nº 18. Muller. Química. 28 anos)

O trato personalizado a cada individuo, tamén resulta importante para as relacións. Simplemente por este motivo o usuario pode sentir máis próximos aos profesionais de enfermaría. Os seguintes informantes reflicten a importancia de ser coñecidos polo seu nome.

... creo que lo hacen muy bien que se preocupan por nosotros, me llaman por mi nombre. A mi me parece, bueno...no sé, que en el hospital de Calde¹ las enfermeras se preocupan más por el paciente, no sé el motivo (Nº 60. Home. Conductor ambulancias. 43 anos)

Me gustaría que nos trataran como a personas, no como números (Nº 18. Muller. Química. 28 anos)

¹ Os servizos do *Hospital de Calde* integráronse no *Hospital Lucus Augusti* no mes de xaneiro do 2011. Os usuarios nas unidades formadas por este persoal, continúan a ser un nome e non un número. Á hora de distribuír a medicación no envase ponse o nome do individuo e non só o número de cuarto e de cama.

Tamén acostuman os usuarios medir o grao de satisfacción pola cobertura da súa demanda.

... a min (as enfermeiras) sempre me fixeron o que lles pedín, mirar a tensión, pesarme
... (Nº 7. Home. Traballador fábrica de leite-xubilado. 65 anos)

A atención pluricultural tamén é demandada, dado que a nosa poboación empeza a ser cada vez máis heteroxénea culturalmente. Con todo o paciente de hospital vai un pouco máis alá e avoga polos coidados transculturais, quizais o fai dun xeito inconsciente. Interceden en primeiro lugar por unha enfermaría que comprenda o idioma, pero no seu discurso vese reflectido, que iso non abonda e engade que comprendan e entendan o que o usuario di. Non é o mesmo entender o idioma que comprender o significado das palabras. Neste caso é preciso coñecer os contidos culturais. Que comprendan, expliquen, que entendan. Tres palabras claves que se repiten o largo dos discursos dos usuarios, sexan ou non da nosa comunidade, nos seguintes casos trátase dunhas marroquís.

O paciente é un ser cultural inserido nun entorno, que vive nunha familia, que posúe as súas propias estruturas sociais e culturais que condiciona a súa resposta á enfermidade. Os pacientes deben ser vistos como un ser integral, biopsicosocial e holístico, que require coidados culturalmente competentes ... *“É importante considerar que as respostas que o paciente ten diante do padecemento o enfermidade no son só da patoloxía de base”*.(Rebolledo Malpica, 2013)

Debemos de ter presente a forma de entender a saúde a enfermidade e os padecementos dos diferentes usuarios, de aí a importancia de descubrir os puntos de vista *émicos* de cada usuario.

Poner enfermeros que comprendan el idioma, que expliquen y entiendan lo que dices.
(Nº 49. Home. Estudiante de dereito. 32 anos)

... que tuvieran en cuenta las costumbres de otras culturas ... y que ayudaran aunque no tengas papeles, porque están enfermos. (Nº 50. Muller. Empregada de fogar. 35 anos)

Este usuario, ademais dos coidados transculturais, apela á universalidade dos coidados, tan debatidos e cuestionados nestes momentos, economicamente difíciles.

O problema da relación co usuario non é tan só un problema idiomático, é mais de comunicación.

... que pueden explicar lo qué hacen y para qué ... (Nº 51. Muller. Empregada fábrica-xubilada. 80 anos)

Atopamos unha usuaria que ten claro que demanda unha atención holística dun xeito claro e conciso, defínenos o modelo biomédico, que busca a curación. Explícanos cal é a causa, o sistema, que limita a enfermaría no seu desenvolvemento. Ofrecenos unha solución, preparación da enfermaría en comunicación e facer desta o principal obxectivo do seu traballo, liberándose de cargas técnicas, que lle lo impiden.

... su trabajo profesional está mediatizado por la curación puntual ... no me gusta que no tengan más amplitud de miras: prevención, información, cultura. El sistema las ha limitado. Hay que poner profesionales de la enfermmería con adiestramiento en relaciones humanas y exentas de tareas que les impidan esa dedicación. (Nº 53. Muller. Técnico Superior. 55 anos)

... el desempeño de su profesión, que en mi experiencia, está reñido con el trato; no tiene un nivel comunicacional. No me gusta que se ponga por encima y del lado del sistema, aunque ese sistema ya no funcione ni sirva para la salud, pondría una figura en hospitalización y en consulta, que sirviese sólo de traductor o interprete, y con formación en temas de salud, no de curación de la enfermedad. (Nº 56. Muller. Profesora ESO. 39 anos)

O trato ven marcado tamén polo mesmo paciente en si. Non en tanto a pesares do que di esta usuaria, non hai que perder o punto de vista profesional, que é este o que ten que favorecer as relacións e a comunicación, tendo presente que non todos os usuarios son iguais.

El trato depende siempre del carácter del paciente, a mi me hablan, porque yo les hablo y les pregunto. (Nº 53. Muller. Técnico Superior. 55 anos)

... el que me explica todo es mi sobrino que es ATS, las otras ... bueno yo no les pregunté, entonces que me van a decir, yo para mi ya le digo, no pueden ser mejor. (Nº 58. Muller. Agricultura-xubilada. 71 anos)



Figura 20. O trato humanitario na enfermaría

Fonte: Bioética en la enfermmería. (FUNDETEC, 2015)

O trato humanitario, entendendo este como unha característica de solidariedade, empatía e compromiso é un dos valores que mais aprecian os usuarios diante dunha carencia, como a que se dá cando o individuo precisa coidados. Podémolo observar nos comentarios que se amosan de seguido.

Me animaban y consolaban por que estaba sola.(Nº 57. Muller. Cociñeira-xubilada. 70 anos)

... sois muy humanas. El paciente nota vuestra cercanía, vuestra empatía, vuestra comprensión. Sabe que si llama al timbre alguna va a venir y eso da tranquilidad. Aunque, es cierto, que incosncientemente piensas ojalá que venga OY ... jajaja. Reconozco que en esta planta sois muy profesionales. He estado hospitalizada otras veces y el trato no era tan correcto. (Nº61.Muller.profesora.28anos)

Valoro la amabilidad y disponibilidad ... tuve bastante suerte, sé que hay plantas en las que el personal no reúne estas características, lo que más me disgusta es que no muestren amabilidad a la hora de trabajar. La humanidad en este trabajo es fundamental. No estamos aquí por que queremos, nos toca vivir esto y que menos que ser atendidos de forma correcta. Sobre todo en determinadas plantas, oncología, infantiles ... creo que el personal debe de saber actuar y tener mucho tacto. (Nº 62. Muller. Administrativa. 40 anos)

O usuario tamén quere saber con quen esta tratando, que responsabilidades teñen sobre el os distintos tipos de profesionais.

Al llegar a la planta el personal no se identificó, como auxiliar o enfermera ... el trato mejoró mucho desde el año 2000.(Nº64.Muller.Xubilada.54anos)

Ingresei as dúas da mañá, veu unha señora mirarme a tensión e a febre, traía escrito auxiliar ou enfermeira, non se presentou. (Nº 65. Home. Electricista. 68 anos)

Os usuarios están demandando á enfermmería algo máis que a aplicación de técnicas ou actividades. Empezan a solicitar que a atención sexa unha atención holística, que vai mais alá do momento e admita un sistema diferente ao biomédico.

... que hagan prevención, que no te den pastillas por todo. (Nº 49. Home. Estudiante de dereito. 32 anos)

Outros aluden ao traballo por tarefas, que vai afectar ao trato persoal e por suposto non personalizado que segundo podemos observar no discurso, parece que ven orixinado pola masificación dos usuarios, e incide directamente no xeito de traballar mecánico e baleiro de contidos humanísticos.Isto ven dado en moitas ocasións pola falta de recursos humanos.

... que haya muchos pacientes y que no se tenga en cuenta el paciente, si no el trabajo y que los trates como a uno más, cuando debería ser de otra forma; que no es que va uno y vuelve otro, y ... que no es el mismo. Hay que estar más pendiente de los pacientes. (Nº 32. Muller. Enxeñería. 31 anos)

O trato co paciente e cos acompañantes é importante. Fai falta máis información, isto é unha demanda habitual. Observamos o que refire este acompañante dun paciente hospitalizado.

... o trato ata o momento sempre foi correcto e atento, tendo en conta que trato, amabilidade e información cambian dun servicio a outro dentro do mesmo hospital. Sempre foi unha relación cordial de respecto mutuo, aínda que deberían dar máis información dentro do que se lles permite ou do que están capacitadas ... límítanse a obrar sin explicación algunha, mandando saír da habitación sin dar explicación do que van facerlle o paciente. (Nº 33. Home. Garda Civil. 23 anos)

Á enfermaría valóranselle as calidades xa sinaladas de sensibilidade e boa atención unindo isto á boa praxe profesional.

... es una actuación muy profesional y a la vez pues, con sensibilidad hacia el paciente y hacia los familiares. (Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

Dende punto de vista do acompañante, a relación coa enfermaría resulta bastante positiva cando a enfermaría cumpre coas súas funcións do entorno do usuario.

... mi experiencia con la enfermmería fue como acompañante y resultó positiva, de apoyo emocional, amabilidad, buen trato, te dan confianza. (Nº 36. Home. Policía local. 23 anos)

... un trato exquisito siempre, aunque algunas veces cometen fallos ... (Nº 37. Home. Profesor. 32 anos)

Co gallo de dar unha maior visibilidade á enfermaría sería de desexar que os profesionais se identificaran verbalmente cos usuarios, ademais de usar el distintivo visual establecido.

No que respecta á identificación do persoal, este acompañante fainos unha fotografía do que acontece en canto á uniformidade da vestimenta.

Debería de haber unha uniformidade establecida que facilitara a identificación de quen se está dirixindo a nós, xa que se non se da a coñecer, as veces si estan vestidos cun pixama azul que pon “uso exclusivo de quirófano” non sei se son ciruxanos, celadores ou personal de mantenimiento. (Nº 33. Home. Garda Civil. 23 anos)

... unha persoa que non vaia moi a miúdo polo hospital ao mellor se encontra con algún problema no referente a coñecer que tipo de persoal o está atendendo. (Nº 35. Home. Viaxante de empresa. 37anos)

A enfermaría segue sen dar a coñecer as súas funcións dentro da AE, cousa que tamén viamos na Atención Primaria.

... difícilmente podo falar dela (refírese a profesión enfermeira) si está ben feito ou mal o traballo porque de cara os usuarios non están ben definidas as competencias, eu so sei que as enfermeiras pinchan e dan medicación, fan curas ... aínda que teño oído que as auxiliares nalgúns sitios chegan a facelo, como no caso dalgún privado.(Nº 33. Home. Garda Civil. 23 anos)

Aparece aquí outra cuestión como é o do intrusismo profesional practicado dentro de institucións sanitarias.

... no que toca a dispoñibilidade da enfermeira non teño queixa no que se refire o Hospital Xeral, sen embargo no HLL (Hospital privado-concertado) parece que a cousa non é igual, non sei se é porque hai menos persoal do que tiña que haber ou polo que é pero cando algunha vez chamei a unha enfermeira neste hospital, apareceu unha auxiliar no sitio dela desempeñando a mesma función. Ademáis no referido HLL, se se pregunta por unha enfermeira o persoal sempre di que se encontra neses momentos ocupada. (Nº 34. Muller. Dependenta supermercado. 54 anos)

En moitas ocasións, confúndese que o persoal da enfermaría está para soportar todo o que o usuario demande, incluso faltándolle ao respecto. O persoal de enfermaría ten que saír destas situacións facendo visible a súa asertividade e a súa función docente.

O trato, as veces, non é todo o ben que quixeramos, porque eu entendo que hai xente que polo se carácter é malo de aguantar, sumándolle as circunstancias que se dan nos hospitais ... as veces é complicado, teñen que ter moita paciencia ... pero tamén hai que recoñecer que algunha enfermeira ten mal xenio (risas). Sei polo meu traballo que tratar con xente non é fácil pero estando enfermo ... eu creo que lles pagan para iso. (Nº 35. Home. Viaxante de empresa. 37 anos)

A profesionalidade lígase a factores como o tempo que se tarda en realizar a atención, sendo unha das características da enfermaría a proximidade (cando se lle require está). Os profesionais deben de ter presente a importancia da súa función de velar polo benestar dos usuarios, en ocasións en contra do parecer dos acompañantes.

... hacer hincapié en la profesionalidad, es decir, en las tomas de medicacións en su momento, cuando se les requería venían puntualmente, y a la vez tenían también una cierta dosis de seriedad en el trabajo, en el sentido en que a veces pues no era

conveniente el estar muchas personas o familiares en el entorno, entonces valoro muy positivamente esa actitud profesional. (Nº 31. Home. Economista. 54 anos)

O trato da enfermaría cos familiares nos servizos especiais ou cerrados é moi pouco, a seguinte informante defíneo como “escaso”.

... tiven xente ingresada neses servizos (Servizos Especiais: UCI, Coronaria...) pero o trato coa enfermaría foi máis ben escaso, só falabamos co médico e nas horas de visita estabamos o lado do paciente e eles deixábons intimidade, polo tanto o trato foi escaso, o saúdo pertinente e pouco máis. (Nº 34. Muller. Dependenta supermercado. 54 anos).

3.3.6. Cómo consideran os usuarios que deben de ser os coidados de enfermaría

O longo deste capítulo fomos vendo a visión que teñen os usuarios do SERGAS respecto da profesión e mais dos profesionais de enfermaría. Chegado este momento, imos revisar algúns dos aspectos mais salientables, que rescatamos en este punto para maior clarificación do manifestado polos usuarios e así obter dun xeito conciso o que esperan da profesión enfermeira.

Hai un cambio percibido popularmente que os usuarios non saben explicar, pero do que son conscientes. Xa non ven os enfermeiros/as como axudantes do médico/a aínda que non coñezan as súas funcións. Isto xa se viu con anterioridade nos comentarios dos seguintes informantes: Nº 11. Muller. Ama de casa. 58 anos, Nº 17. Muller. Profesora de ESO. 57 anos, Nº 30. Muller. Acompañante escolar-administración de autobuses. 52 anos.

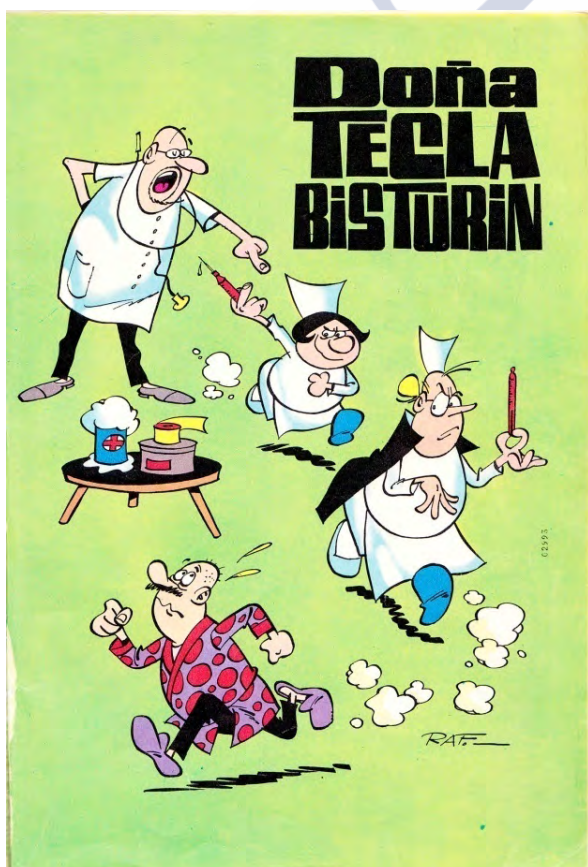
Unha das demandas é converter á enfermaría nunha profesión técnica a imaxe e semellanza da profesión médica, utilizando especialidades para os coidados, co que quedaría máis reforzado o actual modelo médico. Así o relataron como quedou reflectido nos relatos de : Nº 13. Home. Profesor de BAC. 35 anos, Nº 35. Home. Viaxante de empresa. 37 anos, Nº 53. Muller. Técnico Superior. 55 anos, Nº 56. Muller. Profesora ESO. 39 anos.

Os usuarios demandan máis tempo de dedicación por parte do persoal da enfermaría. Unha atención persoal e individualizada. Consideran que para obter estes obxectivos é necesario un aumento de la plantilla, así como unha formación axeitada de cara á atención integral do paciente. Esta demanda é unha das que aparece con máis frecuencia e que podemos observar no traballo de campo, sendo sinalado por: Nº 62. Muller. Administrativa. 40 anos, Nº 33. Home. Garda civil. 23 anos, Nº 34.

Muller. Dependenta supermercado. 54 anos, Nº 36. Home. Policía local. 23 anos, Nº 63. Home. Enxeñeiro. 30 anos, Nº 48. Home. Empregado Hostalería. 39 anos.

Demandan o uso e utilización da palabra. A palabra debe de ser utilizada con fins terapéuticos. Este uso da palabra vai ligado directamente ao emprego do mesmo idioma e á vez o coñecemento da propia idiosincrasia do usuario, so así se poden ofrecer uns coidados culturalmente competentes. Pode verse nos comentarios dos seguintes usuarios: Nº 48. Home. Empregado Hostalería. 39 anos, Nº 49. Home. Estudante de dereito. 32 anos.

Nos seguintes discursos observamos como os usuarios en canto se lles da opción, involúcranse nos seus coidados, aínda que sexa con tarefas domésticas de fácil realización. E momento de deixar de lado o modelo paternalista, comezando a ter presente dun xeito activo ao usuario na toma de decisión e na realización activa dos seus coidados. (Nº 48. Home. Empregado Hostalería. 39 anos, Nº 59. Home. Agricultor gandeiro-xubilado. 70 anos)



O modelo biomédico, queda reflectido na imaxe do tebeo *Olé* representado polos personaxes de *Doña Tecla Bisturín* de Raf, a principios dos anos setenta.

Graficamente observamos a estrutura piramidal do sistema sanitario que continúa vixente a día de hoxe. Na parte superior encóntrase o médico, dando ordes, seguido polo persoal de enfermaría, no último chanzo da pirámide o usuario que podemos intuír (neste caso) rexeita os coidados que se lle impoñen, dende o vértice e que as enfermeiras tentan aplicarlle, sen atender as razóns que poida obxectar o receptor do tratamento prescrito, quedándolle tan so as alternativas de someterse o sistema ou escapar del.

Figura 21. Dona Tecla Bisturín
Fonte: Tebeo. (Miarroba Networks S.L.)

Tamén se demanda que os coidadores informais dos usuarios participen de forma activa no seu coidado. Debemos de ter presente que o obxectivo vai a ser ofrecer uns coidados holísticos, considerando as facetas biopsicosociais e mesmo culturais do individuo. Só así, acadaremos unha transculturalidade dos coidados. Véxanse os comentarios de: Nº 33. Home. Garda civil. 23 anos, Nº 31. Home. Economista. 54 anos.

Un punto importante a ter en conta é que os usuarios perciben unha diferenza entre a profesión enfermeira e as condutas individuais dos profesionais. Non obstante, a imaxe que proxecta cada profesional inflúe na percepción que os usuarios posúan da profesión enfermeira (Nº 37. Home. Profesor. 32 anos)

Para rematar e a modo de colofón deste capítulo, imos ver o relato dun informante, no que aínda que pareza estereotipado, resume a visión que percibiu dos coidados enfermeiros durante a súa estancia no hospital, que continúa vixente neste momento (trinta e un anos despois) e que ven a coincidir co que vimos sinalando aquí: traballo por tarefas, emprego de linguaxe técnico, despersonalización do usuario, falta de información aos usuarios da evolución do seu proceso, aplicación do modelo biomédico ou paternalista entre outras características.



... Resulta que, certo día, aló polas sete da mañá, cando viñeron tomarme a temperatura díxenlle á ATS, que me facía falla papel hixiénico, porque se acabara o último rolo que me subministraran. Ela respondeume:

-"Eso es cosa de las chicas de la limpieza".

Normal. ¡Pampo de min! ¿De quen había ser cousa o papel hixiénico máis ca das chicas da limpeza?. ¿Ou para que outra cousa pode ser esa clase de papel, se non é para a limpeza?

Figura 22. Xose Manuel Carballo Ferreiro

Fonte: (Diocese Mondoñedo-Ferrol, 2015)

Convenceume a resposta; pero, como aló nos meus adentros sentía que algo puxaba de xeito compulsivo por liberarse, saíndo para fóra polo conducto normal que a natureza consideraba conveniente desde tempo inmemorial, non podía sentir acougo por máis que a resposta me convencese.

Por iso, volví a pedirllle á RICE, (Responsable de Inxeccións Contra Embolias), que veu, coma tódalas mañás -á hora máis intempestiva, cando podía comezar a quedarme "semisupito", rendido polo insomnio. (Perdón. Semisúpito quere dicir: medio durmido; pero non me resulta doado liberarme da linguaxe ateigada de tecnicismos que os facultativos utilizaban malévolamente para desinformar.

Estaba dicindo que a esa hora intempestiva veu a RICE meterme unha especie de pequeno pulazo na barriga. Ese implacable pulazo cotián tivo a vantaxe de converterme en convencido obxector das corridas de touros, polo suplicio que deben supoñer para estes pobres animalaiños os pulazos de ritual.

A RICE que me correspondeu aquel día era suave nas formas, pero firme nas conviccións, e o tal pulazo produciu unha brusca contractura do alto ventre que premeu con forza toda a masa intestinal cara o baixo ventre, o que agravaba aínda máis a miña indefensa situación. Esta ao pedirlle o devandito papel respondeu:

-Espere un momentíño a que acabe coas inxeccións, porque teño unha ringleira de xiringas preparadas, e despois tráíollo.

Intención de facelo, seguro que non lle faltaba; pero nisto caeron as oito, que é a hora sagrada do cambio de turnos, - en galego normativizado tería que dicir quendas en lugar de turnos, pero ¿de que serve a normativa se nos impide entendernos?- Xa fóra de turno, non debía ser ela quen me aprovisionase do papel hixiénico, por non interferir e, ademais, porque se por aí, ao usalo se producía unha infección da zona periférica anal, ou calquera tipo de rechazo, e eu, ou calquera no meu lugar, denunciaba o caso, ela non tería cobertura legal por estar oficialmente fóra de servizo, e, ao non estar afiliada a ningún sindicato, podería non ter o respaldo necesario para que a Administración se fixese, ou fose declarada, responsable subsidiaria.

Arredor das nove sentín que non andaba por lonxe a SDL, (Señora da Limpeza). Serían as nove e media cando foi chegando á miña habitación. A ATS falara de las chicas de la limpieza, pero esta chica xa non era, aínda que ela debía pensar que o seguía sendo; porque levaba unha minisaia que lle quedaba coma unha escopeta de caza a un San Francisco.

Ó sentila chegar, vin o ceo aberto e pensei que por fin podería producirse a apertura dos esfínteres que en calquera momento poderían relaxarse debido á prolongada sobrecarga a que estaban sendo sometidos e producir unha descarga sumamente vergoñenta para min no momento en que viñesen as FC, (Facedoras de Camas).

Amablemente, volví a implorarlle, disimulando a miña angustia, o nunca tan desexado papel.

Ela, tamén con moita amabilidade, interrompeu o "Ondiñas veñen" que, como oración matutina, cantaruxaba en son de salmodia, e contestoume:

-Tan presto acabe de pasarlle la fregona a la planta ya se lo traio de contadito; pero aínda me queda todo el corredor del otro lado y lo que te rondaré morena.

Implorei devotamente que non se producise unha descarga intempestiva antes de que a SDL rematase de pasarlle a fregona ao corredor e ao “te rondaré morena”.

Non sei cando rematou. Sei que pola a miña habitación non volveu a pasar. Tamén sei que non foi por mal, polo que me contou o veciño de habitación, de sobrenome o TTB, (Trescentos Trinta e dous B) que saíra fumar un cigarro medio clandestino ao descanso das escaleiras xerais, expoñendo, fachendoso e arrogante, á contemplación de cantos subisen ou baixase as súas esfracareñadas canelas, as súas chancletas de cor rosa pálido e o seu pixama rabeno de cor indefinido. Contoume que, cando a SDL acabou o seu traballo, atopouse alí mesmo diante del, cunha compañeira doutra planta á que lle preguntou que número do cupón da ONCE saíra premiado a véspera, e, ante a resposta da outra non se lle ocorreu nada mellor ca exclamar:

- ¡Santo Dios! ¡Por dous números! ¡Nunca tanto me aproximei coma esta noite!

¡Boa a fixo! Enguedelláronse as dúas nunha trafulca a ver cal se aproximaba máis e ata chegou a dicirlle a outra que, se se aproximase tanto como dicía, non andaría o seu home atusmando a ver se atopaba a quen aproximarse por fóra da casa. Marcharon as dúas moi alporizadas.

E mentres, eu seguía impotente, sentindo aproximarse teimosamente á saída, o que por lei natural tiña que saír.

Aquel día non tomei nin un simple grolo de café ao desauno ..., por se acaso.

A todo isto, aí polas dez corenta e cinco, cadroulle de pasar á TDTA, (Tomadora de Tensión Arterial). Todas as TDTAS gardaban con gran hermetismo o segredo da tensión que tiña cada paciente. Polo menos eu nunca din conseguido que me revelasen a que tiña. Unha vez pregunteille a unha porqué non ma dicían se a tensión era miña. Ela respondeume que o tiñan prohibido, porque, aínda que a tensión fose miña, o aparato co que ma tomaban non era meu nin sequera delas, senón da colectividade. De maneira que, en canto me tomaban a tensión con aparatos colectivos, esa tensión, inicialmente miña, pasaba a ser un ben común.

A TDTA que me tocou aquel día, era unha moza bastante aberta de carácter e dos dous botóns superiores da blusa, co seu aquel de picardía na fala e nos movementos, que inspiraba certa confianza, (sen desconfianzas improcedentes),

Aínda que era máis nova ca min, eu trateina de vostede, quizabes cun respecto desmesurado como mecanismo de persuasión. Dirixinme a ela nestes termos:

-E ..., aínda que ben sei que non cae directamente baixo as súas obrigas nin competencias, moito lle agradecería se me puidese facer cun pouco papel hixiénico. Non ten por que ser un rolo enteiro. Non. Conformaríame con metro e medio, máis ou menos, e sendo de dobre folla, ata calculo que podería amañarme cuns setenta centímetros, se rompe polos furadiños, que non rompe case nunca. Claro que, co tempo que levo agardando, o final pode ser imprevisible, por máis que eu me esforce en evitar un desenlace trágico.

Moi amable e con olliños de misericordia contestoume:

-Non te apures, José Manuel, que teño que acabar de tomar as tensións antes de que xiren visita os médicos; pero non tardo case nada.

Eu respondiulle con cara de moita circunspección:

-Apurar xa non me apuro; pero teño medo a soltarme, que os esfínteres deben ter unha resistencia limitada.

Parece que estaba por saír todo ao revés; pois aquel día os médicos xiraron visita a máis velocidade aínda da acostumada, debido a que tiñan moito interese en asistir a un simposio, que viña dar unha eminencia de Bruxelas, sobre a propulsión aceleratoria das consultas externas na Comunidade Económica Europea.

Como a xira dos médicos foi a tanta velocidade, a TDTA viuse envolta contra a súa vontade nun remuíño que a arrastrou lonxe da miña estancia e non puido cumprir a súa promesa.

Estiven por falarlle ao equipo médico do meu problema defecatorio e escatolóxico, pero contívenme, porque me parecía que podían interpretalo coma unha falla do respecto debido, por ousar ocupar o seu tempo e distraer a súa atención cunha cuestión tan vulgar, da que mesmo a xente ben educada se avergoña de falar ... (Nº 69. Home. Sacerdote católico, ilusionista. 65anos)

Este relato, aparece íntegro nos anexos tal como o seu autor mo enviou expresamente para engadir a este estudo, baixo o título *¿De quen é competencia o papel hixiénico en réxime hospitalario?*





Capítulo 4. Visión profesional dos coidados



Proceso de enfermaría.(EMAZE, 2015)

As enfermeiras somos especiais, hai que recoñecelo. E digo “especiais” por non dicir “raras”. Si, rapaces, vosoutros os enfermeiros tamén. Temos unha das profesións mais belas do mundo, que nos permite ser espectadoras privilexiadas da vida humana. Pero pasar todo o día entre xente enferma, descifrando escrituras de médicos que pautan tratamentos escribindo “*captchas*” aleatoriamente, traballando a quendas e en fin de semana, cambiándonos de roupa mais veces o día que unha vedete e falando de úlceras necróticas mentres almorzamos tiña que pasarnos factura... (Gallardo, 2014)



4.1. Preliminares

En capítulos anteriores víase como os coidados exercidos sobre o individuo poden ser domésticos ou tamén profesionais. Neste capítulo ocuparémonos da visión que os profesionais da enfermmería teñen sobre os coidados que eles exercen.

O coidado profesional é un coidado especializado con historia propia diferenciada do coidado exercido dun xeito doméstico. O coidado enfermeiro cada día tende máis á especialización, co risco de imitar ou seguir o sistema biomédico en canto a desmembrar a profesión en áreas *superespecializadas* sen ter presente ao usuario como un ser holístico, á vez que esquecendo a base epistemolóxica e mailo corpus teórico da profesión enfermeira nun momento no que conta cuns paradigmas recentes e aínda en construción.

A enfermmería abarca a atención autónoma e en colaboración dispensada a persoas de tódalas idades, familias, grupos e comunidades, enfermos ou non, e en todas circunstancias. Comprende a promoción da saúde, a prevención de enfermidades e a atención dispensada a enfermos, discapacitados e persoas en situación terminal. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Observamos como a OMS nesta definición da enfermmería contempla ademais da autonomía dos profesionais o traballo interdisciplinar, atendendo ás particularidades de cada grupo ou individuo, tendo presente as diferentes comunidades nas que estean integrados.

Por esta razón debemos dirixirnos a vixente lexislación dentro do Estado español no que nos imos a deter de seguido.

No caso da vixente *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* (LOPS), no estado Español, podemos ver como matiza en primeiro lugar a titulación que deben de posuír os profesionais responsables dos coidados, Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE). Así mesmo, no artigo 4 punto 7 do Título I establece a autonomía técnica e científica para o exercicio da profesión. No apartado e, do mesmo punto e artigo, recóllese a *“progresiva consideración da interdisciplinariedade e multidisciplinariedade dos equipos profesionais na atención sanitaria”* (BOE, 2003). Recoñecese así, por un igual, a importancia das diferentes categorías profesionais que traballan no mundo da saúde.

No artigo 5 do mesmo Título I, deixa clara a obrigatoriedade de identificarse aos usuarios por parte dos profesionais, sen dúbidas respecto a súa categoría, titulación, especialidade ou función. Esta cuestión era unha das demandas presentadas polos usuarios como quedou reflectido no capítulo anterior.

Segundo se desprende do artigo 36 da Constitución Española, o exercicio da profesión enfermeira, deberá estar regulado pola Organización Colexial da Profesión (Sieira, 2011). Por este motivo o Real Decreto (RD) 1231/2001 de 8 de novembro, recolle no seu artigo 52 que *“terán a plenitude de atribucións e facultades no exercicio da súa profesión que a normativa vixente lles confira”*.

No mesmo RD no artigo 53, seguindo a mesma liña marcada pola OMS, recolle:

Os servizos de enfermaría teñen como misión prestar atención de saúde aos individuos, ás familias e mailas comunidades en tódalas etapas do ciclo vital e nos seus procesos de desenvolvemento. As intervencións de enfermaría están baseadas en principios científicos, humanísticos e éticos, fundamentados no respecto á vida e á dignidade humana.

En canto as funcións da enfermeira/o quedan especificadas no artigo 54 do mesmo RD 1231/2001, de 8 de novembro:

...derivan directamente da misión da enfermaría na sociedade, lévanse adiante de conformidade co Código Deontolóxico da Enfermaría Española, de acordo cos criterios de calidade e excelencia profesional e mantéñense constantes independentemente do lugar ou do momento no que son prestados os coidados de enfermaría, o estado de saúde do individuo ou grupo que vaia a ser atendido ou dos recursos dispoñibles...

...coidados propios da súa competencia, ao individuo, á familia e mais á comunidade, de xeito directo, continuo, integral e individualizado, mediante unha formación e unha práctica baseada en principios de equidade, accesibilidade, cobertura e sostibilidade da atención.(BOE, 2001)

Pasan así os profesionais da enfermaría a ser unha peza angular no mundo da saúde.

Facendo un pouco de historia, as funcións de enfermaría establecidas pola Lei Moyano de 1857, publicadas na *Gaceta de Madrid* no ano 1861 e posteriormente desenvolvidas no Reglamento publicado na *Gaceta de Madrid* de 1888, non se ven

alteradas ate a aparición das Escolas de Enfermaría pola *Real Orden de 7 de mayo de 1915*. Estas novas funcións teñen vigor ate 1973 coa publicación no *Boletín Oficial del Estado* (BOE), onde se especifican as funcións do ATS e as de *Auxiliar de Clínica*.

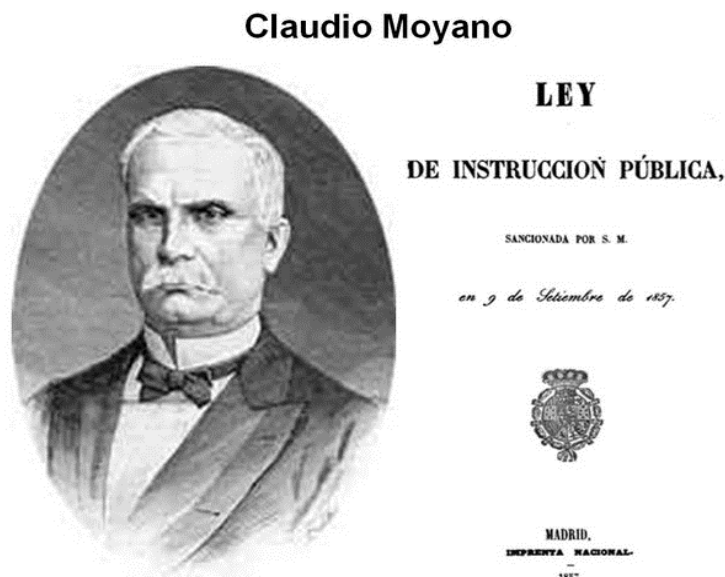


Figura 23. Claudio Moyano. Autor da Lei de Instrucción Publica 1857

Fonte:Hespérides. Asociacion Andaluza de Profesores e investigadores de Geografía e Historia de Ciencias Sociales y Humanidades (Hespérides, 2007)

Posteriormente non aparece publicado un desenvolvemento das funcións ate o día de hoxe, se ben é certo que na Lei LOPS no título I.artigo 7 punto a, di o seguinte, “*corresponde aos Diplomados Universitarios en Enfermaría a dirección, avaliación e prestación dos coidados de Enfermaría orientados á promoción, mantemento e recuperación da saúde, así como á prevención de enfermidades e discapacidades*”.(BOE, 2003)

Tal e como está establecido en referencia aos colexios profesionais, na LOPS,o Consello Xeral de Enfermería ostenta a competencia exclusiva en materia de ordenación profesional. Nunha recente sentenza do Tribunal Constitucional, veu a establecer claramente que as administracións só teñen potestade como meros *empregadores*, estritamente no ámbito laboral, son os colexios profesionais os que teñen a exclusividade na ordenación das profesións e no coidado do cumprimento do Código Deontolóxico. (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2013).

No que respecta o ensino da enfermmería como disciplina académica, a día de hoxe os profesionais da enfermmería saen da universidade coa titulación de Graduados

en Enfermería segundo se recolle na *Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril de Universidades*, baseada en tres ciclos: Grado, Máster y Doutorado.

Posteriormente ábreanse os camiños para a homologación e equiparación da titulación anterior, de DUE á nova titulación. Segundo se desprende do Anexo I do *Real Decreto 967/2014*, do 21 de novembro, quedan establecidos os requisitos e procedementos para a homologación e declaración de equivalencia á titulación e a nivel académico universitario oficial para a educación superior dos títulos oficiais de Arquitecto, Enxeñeiro, Licenciado, Arquitecto Técnico, Enxeñeiro Técnico e Diplomado entre os que se encontra o título de Diplomado Universitario en Enfermería, vixente ate a entrada en vigor do *Real Decreto 1393/2007*, do 29 de outubro, polo que se establece a ordenación das ensinanzas universitarias oficiais, e no que o título pasa de Diplomado o de Graduado, dentro da área das Ciencias da Saúde en adaptación ao espazo europeo.

A reforma universitaria para adaptarse o marco europeo *“só mirou cara o futuro ao sentar as bases das novas ensinanzas de nivel universitario, pero non cara atrás, de forma que queda pendente neste momento a resolución da correspondencia a nivel do Marco Español de Cualificacións para Educación Superior (MECES) das antigas titulacións universitarias”*. (Ruipérez, 2014)

No concernente aos ensinanzas que se imparten na universidade para obter o título oficial, que autoriza exercer a profesión enfermeira, no que respecta as funcións, actividades e tarefas, ademais de non corresponderse coa lei vixente, impide que vexamos aos usuarios dos servizos de saúde como un ente holístico.



Figura 24. Escola Universitaria de Enfermería de Lugo

Fonte: Para estudar Lugo (paraestudarlugo.com, 2016)

A este respecto o enfermeiro Tardío Cordón (2015) no seu *blogspot* denuncia o seguinte:

... nas Escolas ou Facultades de enfermaría,... séguese falando de “funcións, actividades e tarefas”... tamén lin que ás enfermeiras se lles adscriben “tarefas” ... o parecer existen empresas que utilizan a cada enfermeira segundo “a súa vontade”, asignándolle determinados cometidos, como se de unha fábrica de produción se tratara ...

... Tamén escoitamos e lemos funcións propias, *participativas* e delegadas ... Todo o que facemos son “funcións” propias, do contrario serían alleas ... participamos pola razón de que no podemos saber de todo.

... Respecto ás delegadas...é ate malsoante. (Tardío, Blog Enfermeros, 2015)

Segue denunciando Tardío Cordón que estes termos non se axustan vixente lei. Ademais disto, consideramos que as actividades e tarefas que realizan os profesionais enfermeiros non obedecen a unhas funcións conducentes a acadar unha visión holística do individuo por parte da enfermaría.

No caso de realizar outras funcións que non sexan as propias, os profesionais estarán incorrendo en intrusismo profesional.

Como se acaba de expor, consideramos que a lexislación actual non entra en análises pormenorizados o que en ocasións da lugar a conflitos puntuais.

Tamén é certo que a lexislación non ten que ver coa praxe cotiá da profesión experimentada por parte dos lexislados. Porén dista o que está lexislado do que acontece,a nivel teórico nos órganos de dirección e goberno dos colexios profesionais da enfermaría e ao que pensan ou din as/os enfermeiras/os. Inclusive podemos observar un decalaxe entre a práctica profesional e a súa expresión verbal.

Estas diferenzas póñense de manifesto no que segue neste capítulo, polo que imos realizar unha análise da narrativa empregada polos órganos de goberno colexiados e dos/as teóricos/as por unha banda e mailos profesionais por outra, o tempo que observamos as súas actuacións directamente no campo de traballo.

De cotío, os profesionais da enfermaría traballan nun medio hostil á profesión, observándose máis esta situación na AE que na AP. Proba disto é que no ano 2010, cando se convocou o concurso de traslados para profesionais de enfermaría que prestaban os seus servizos no HULA, mais dun terzo da plantilla, entre os que se

encontraban persoal con máis de trinta e mais anos de servizo na Institución, decidisen optar por cambiar o seu posto de traballo.

Esta hostilidade ven dada pola fórmula biomédica dominante no sistema sanitario do noso país. O traballo da enfermmería, case parece que consiste única e exclusivamente en seguir as ordes indicadas polo médico, situación máis acusada na AE que na AP, onde a enfermmería ten máis autonomía profesional. A enfermmería de hoxe leva consigo diagnosticar, planificar e máis executar os coidados que precise o usuario, con autonomía.

4.2. O coidado profesional, un coidado especializado

Existen motivos polos que dicimos que o coidado profesional é especializado. Os coidados profesionais diferéncianse dos domésticos por unha serie de características que presentane que coñecen os profesionais da enfermmería, como imos poder observar ao longo deste capítulo.



Figura 25. Enfermería é coidados

Fonte: Enfermería venezolana (Enfermera venezolana, 2016)

Como queda reflectido no seguinte discurso, os coidados enfermeiros son diferentes os que se poden dar no ámbito doméstico, polo feito de posuír os profesionais, uns coñecementos especializados e contrastados de maneira científica nunha disciplina dedicada exclusivamente aos coidados do ser humano.

Son moitos os factores que inflúen á hora de exercer os coidados profesionais como coidados especializados, Susana Frouchmann sinálanos tres deles dunha forma clara e determinante no exercicio da profesión enfermeira: *“A enfermeira non só realiza técnicas. A enfermeira é moito máis cá man executora do tratamento médico. A*

enfermeira ten que adaptar a súa vida persoal a súa vida profesional . (Frouchtmann, 2011, p. 60)

Os profesionais, polo feito de ser coidadores especializados, deben posuír coñecementos doutras disciplinas que en principio poden parecer alleas á praxe cotiá da enfermaría, como pode ser o manexo da linguaxe tanto oral, escrita, coma outras que puidesen precisarse para establecer unha boa comunicación entre profesional e usuario.

Recentemente unha alumna de primeiro curso de Grado de Enfermería realizaba as seguintes observacións a un profesor cando este lle estaba dando unhas indicacións de cómo realizar un exercicio de escritura cos comentarios críticos sobre un filme que acababan de visionar na aula.

... “yo no escribo nada, porque yo escogí una carrera de ciencias y no de letras ... ni yo se escribir, ni esto es una clase de retórica”. Convidei á alumna a que faga unha reflexión sobre a disciplina na que está matriculada, á vez que lle indico, que primeiro se supón que se é universitaria sabe realizar comentarios críticos de texto; en segundo que se non sabe facelo debe de aprender porque o vai precisar, para o seu desenvolvemento na vida; en terceiro que o Grao de Enfermería é unha carreira que precisa un coñecemento e desenvolvemento nas diferentes formas lingüísticas e as súas expresións ... (Nº 68. Home. Docente en Enfermería. 50 anos).

Outras/os alumnas/os manifestan a importancia da palabra e do seu uso para achegarse aos usuarios sendo capaces de distanciarse do problema.

Unha alumna no presente curso manifestábame que ate o momento no que mais aprendera durante a carreira, foi cun exercicio que se realizou na materia, no que se xogaba relatando unha mesma situación na primeira, segunda e terceira persoa.(Nº 68. Home. Docente en Enfermería. 50 anos).

Por ter os coidados un carácter especializado, aos profesionais esíxeselles contar cunhas calidades que se considera redundan nunha mellor praxe profesional.

Ao iniciodo cursoacadémicodos estudos para acadar a titulación de enfermeira/o, os alumnos de primeiro dende hai dez anos, planéolles a cuestión acerca das característicasque consideran deben posuír os profesionais da enfermaría á hora de exercer coidados profesionais. As súas respostas non difiren das que podería dar calquera outra persoa profana.(Nº 68. Home. Docente en enfermaría. 50 anos)

Podemos resumir en dez as calidades máis salientables que debe ter un profesional da enfermaría para ofrecer uns coidados especializados: 1. Ser persoa. Aplicamos esta afirmación no sentido en que sinala Jorge Bucay “*Ser unha persoa é máis que ser un individuo humano ... implica un proceso de traballo persoal ... para*

autodepende, verme e sentirme a min mesmo como o centro de tódalas cousas que me acontecen” (Bucay, 2003). 2. Saber coidarse a si mesmo. O profesional ten que saber coidarse a si mesmo, do contrario dificilmente poderá coidar a outros. 3. Ter coñecementos. Evidentemente, cantos máis coñecementos teóricos e técnicos adquira o profesional, este poderá ofrecer uns coidados de maior calidade. 4. Saber escoitar. Esa escoita será activa e asertiva. 5. Coñecer ao usuario. Cantos máis coñecementos do usuario teña o coidador (cultura, hábitos, costumes ou outros datos), mellores coidados e de mellor calidade poderá ofrecerlle. 6. Saber empatizar. O profesional deberá poñerse no lugar do outro sen deixar a súa propia posición. 7. Non segregacionar. Non rexeitar a ninguén en función das súas crenzas, tanto relixiosas, coma políticas, ou outras; raza, sexo, idade, xeito de vivir ou pensar. 8. Saber que lugar debe ocupar o profesional e cal o usuario. Manter unha distancia prudente e profesional. Non terán por quéser amigos do usuario por amosarlle afecto ou estar cerca del. 9. Espírito analítico e ter a mente aberta a novas ideas. Como profesionais deberán cuestionarse paradigmas, funcións, actuacións, non dar por válido todo. Deberán contrastar incluso o que pareza máis evidente, a vez que estar abertos a novas ideas e teorías. 10. Saber derivar a outros profesionais. Resulta intelixente, e unha boa práctica profesional, pedir opinión e axuda doutros profesionais da nosa ou outras disciplinas cando o caso o requira.



Figura 26. A enfermmería próxima aos usuarios

Fonte: Alenka (Alenka, 2011)

Na práctica cotiá dos coidados, os profesionais da enfermaría son as persoas que están máis cerca do usuario a parte da súa familia e o seu grupo social, característica esta que pon a/o enfermeira/o nun lugar privilexiado, respecto de outros profesionais, á hora de coñecer máis de cerca o estado e as necesidades que presenta en cada momento.

Persoalmente podo asegurar que sempre tiven en gala ocuparme non só de tratar á enfermidade, se non á persoa enferma. Este intento as veces é difícil de cumprir, pois, así como o paciente endexamais minte encanto as súas doenzas físicas, en non poucas ocasións, non manifesta ou oculta a súa problemática persoal, por considerala como algo independente da súa alteración orgánica...

É a enfermeira a que, coa súa constante observación do paciente advírtenos de situacións de estrés psíquico que pasan desapercibidas á rápida consulta médica da planta de internados.(Dexeus, 2011, p. 12)

Unha calidade do coidado profesional como coidado especializado é o prisma co que os profesionais miran aos usuarios, participando dunhas características comúns:

Os pacientes, ante todo son persoas; os coidados que lles proporcionan os profesionais da enfermmería, son físicos, pero tamén anímicos. Atender á familia é unha parte fundamental e indisoluble do seu cometido; a morte forma parte da vida e cada profesional acéptaa, aínda que ás veces leven a de algún paciente varios días as costas; tódalas profesionais son tan próximas coma distantes. Tiveron que aprender a selo par poder exercer a súa profesión sen “desmontarse” e poder levar, así mesmo, unha vida persoal gratificante; coidar, axudar, é un privilexio.(Frouchtmann, 2011, p. 16)

O vello paradigma, influenciado pola esfera relixiosa de que as persoas dedicadas profesionalmente a realizar os coidados, debe de transformarse en ofrecer uns coidados profesionais e de calidade, sen que por esta razón se esqueza a parte humana que levan consigo as súas actuacións.

Na actualidade, estamos asistindo a unha serie de cambios transcendentais no mundo da enfermaría, o paradigma inicial da enfermaría vocacional está sufrindo unha fonda e decisiva transformación, o que está a supor unha intervención profesional máis global nun traballo interdisciplinario, así como a consolidación, como disciplina científica, con todo o que elo comportou para a afirmación do rol autónomo profesional.(Antonín, Flor, & Tomás, 2003).

Isto non quere dicir que se desboten as calidades e actitudes humanas dos profesionais da enfermaría, como se pode observar no discurso da seguinte enfermeira.

*... a enfermmería definiríaa pola constancia, a amabilidade, a perseverancia e o sacrificio
... a actitud , sobre todo actitud.*(Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)

De todo isto dedúcese que para exercer os coidados profesionais hai que ter unha boa preparación e de calidade humanística e cultural ademais de en disciplinas bio-psico-sociais, abandonando a trasnoitada visión bioxicista como forma unitaria de ver e tratar aos usuarios dos servizos de enfermmería.

4.3. Análise do discurso enfermeiro

4.3.1. O xénero da profesión visto polos profesionais

Ao entrar na análise do discurso enfermeiro imos dedicar un primeiro punto para falar do xénero da profesión enfermeira. Dado que o estar o xénero imbricado na sociedade, de tal maneira que non hai nada que se escape ao seu envolvente condicionamento, tanto cultural como socialmente, resulta dunha gran importancia. Ate tal punto chega este influxo que se pode aseverar que o xénero resulta ser a pedra angular sobre a que se asenta e configura a visión e maila construción desta profesión no momento actual, podendo atribuírlle todo o positivo ou negativo que nela acontece hoxe en día como imos observar de seguido.

Na distribución sexuada que se da na sociedade occidental actual, todo é masculino ou feminino: individuos, formas de actuar, de ser e estar. Lévese esta visión máis alá da propia individualidade, de tal forma que afecta a outros aspectos relacionados coa produción da actividade humana. Este é o caso das profesións que, se clasifican segundo o xénero en masculinas ou femininas, sen que teña isto que ver co xénero das persoas que nelas desenvolven a súa actividade. Inflúe outro parámetro: o poder.

Resulta importante coñecer que noutras sociedades non se dá este mesmo modelo de división en base ao xénero, polo que esta categoría non acada a importancia que se lle outorga na cultura do mundo occidental. Noticia esta que se deberá ter presente para o estudo e modificación deste modelo, no caso de que se considerase oportuno.

Estas categorías non foron dúas en tódalas culturas, sabemos da existencia nas tribos norteamericanas dos *Berdachesda tribo Crown*, e na actualidade dos *Muxe no Mexico Zapoteca*; unha concepción que nos poda parecer máis moderna que as que escoitamos ao noso arredor, crear posibilidades para que as persoas se identifiquen con categorías que responden as súas

formas de entender a vida social e o mundo, e que lles permiten un desenvolvemento na sociedade e non unha estigmatización. (González & Bernalde, 2011)



Figura 27. Os coidados noutras culturas

Fonte: Blog Ignis Fatuus. (Ignis Fatuus, 2015)

Se temos presente o xeito en como se constrúen as identidades sexuadas, xa vemos que é un proceso activo e cambiante historicamente e queda reflectido na seguinte cita.

Tódalas profesións constrúense historicamente e fórmanse e practican nelas persoas, homes e mulleres, nestas construcións sociais é onde colle significado ser home e muller, é así como, en base a estas construcións sociais do que significa ser home e muller, ámbolos dous tiveron oportunidades de desenvolvemento diferentes, a través do tempo, é aí onde radica a importancia de aplicar unha mirada sexuada a práctica profesional, e identificar a presenza de homes e mulleres. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: unsa cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)

A visión androcéntrica vai facer que toda actividade vaia enmarcada baixo este prisma, circunstancia á que non se escapa a profesión enfermeira. Nas mans dos profesionais dende o individual está o realizar o cambio.

O concepto de profesión ven definido polo concepto que a enfermeira ou o enfermeiro como persoal individual teña e por tanto a submisión ou a rebeldía e o progreso dunha profesión ou os valores da mesma, ten moito que ver con como abordemos o

tema do xénero as enfermeiras e enfermeiros españois de xeito individual (Chamizo, 2004, pp. 40-44).

Na literatura que encontramos respecto ao xénero nas profesións existe xa unha tradición antropolóxica feminista, o que se debe, segundo González e Bernalde, ao traballo que nesta corrente se leva facendo dende as primeiras correntes feministas.

Existe unha literatura ampla sobre feminismo ou o feminino, debido ao traballo das autoras das tres ondas feministas, non ocorre o mesmo sobre o masculino. (González & Bernalde, 2011, pp. 47-56)

Resultaría interesante en posteriores estudos coñecer o alcance da influencia exercida por estas correntes na profesión enfermeira e no seu desenvolvemento.

A actitude e non a aptitude dos homes, no seu desenvolvemento con respecto á profesión, parece estar claro que é diferente á das mulleres como así o indican algúns autores, e mesmo como se verá máis abaixo no discurso dos informantes.

Os homes son máis individualistas eles desenvólvense mellor en actividades que se orientan preferentemente aos aspectos técnicos. Buscan ascender nas escalas profesionais, mirando máis cara as súas necesidades individuais que a participar no grupo, sen construír adiantos significativos en beneficio da súa propia disciplina. Distan do coidado directo, non se comprometen do mesmo xeito cás mulleres no coidado integral. Segundo Guilligan(1984) *“Os homes céntranse máis na enfermidade, son menos capaces de ver ás persoas na súa totalidade, en ter en conta aspectos familiares, problemas persoais, de favorecer, de axudar, de facilitar”*. Ao coidado holístico e ao integral atribúenselles unha connotación feminina. É un acompañar de xeito diferente ás persoas, implica promover saúde relacional, saúde na dimensión social. As mulleres están orientadas a ver os problemas de forma contextual e relacional, isto non significa que sexan inferiores aos homes, se non que se achegan os dous sexos de forma distinta aos problemas morais. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: unsa cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)

A cantidade e o xénero dos integrantes das profesións non son un factor de cambio no carácter masculino ou feminino dunha profesión, polo que debemos de pensar no factor cultural como determinante deste carácter.

Nas profesións sanitarias estase dando un proceso social de feminización cunha presenza maioritaria da muller no sector sanitario medrando esta nas disciplinas médicas. Podiamos pensar nun primeiro momento que este acontecemento é debido a un aumento da participación da muller no mercado laboral e na educación, porén, implica algo máis. *“A feminización é un termo que incorpora unha complexidade distinta, trata da designación de valores culturalmente considerados femininos ás relacións sociais e por esa vía as profesionais”*.(Lorente, 2004, pp. 39-53)



Figura 28. Enfermeiras do primeiro ambulatorio de Lugo 1956.

Fonte: Retrato cedido por M^a Teresa González Regueiro

No caso da enfermaría e mais da medicina, neste momento dase o paradigma dunhas profesións de homes nun mundo de mulleres, e de mulleres nun mundo de homes, nas que se diferencian pola forma en como se produce a feminización na medicina polo masivo e progresivo aumento de mulleres, e na enfermaría polo desinterese do home cara á profesión. Debemos de ter presente que, no caso do Estado español, cada concello contaba nos anos cincuenta a lo menos con un practicante, predecesores dos actuais profesionais da enfermaría. A día de hoxe, se ben é certo que en cada concello pode haber máis dun profesional da enfermaría, a realidade, é que estes postos están ocupados na súa maioría por mulleres.

... non creo que sexa unha profesión exclusivamente feminina porque haxa un oitenta por cento de mulleres... creo que se debe a que dende fai moito tempo foi considerada unha profesión de mulleres, entón... é difícil de entender que se meta o xénero contrario nela... creo que o feito de ser home ou muller no inflúe á hora de exercer a profesión, non ten porqué. (Nº76.Muller.Auxiliar de enfermaría -Estudante de enfermaría.30 anos)

... no sé si dentro de la profesión hay actividades más masculinas y otras más femeninas ... es lo que decía antes , quizás ... los pacientes se abran más a las mujeres y ... a que los hombres prefieran las actividades más técnicas ... yo soy muy torpe ... y no es que me encante ... me gusta hablar con los pacientes también me gusta relacionarme con el paciente, que no es algo que me de corte. (Nº 75 . Home. Estudiante de enfermaría. 19 anos)

Resulta importante ter presente, como indica Mazarrasa, que o cambio de xénero dunha profesión se produce, en base a factores culturais, e segundo as súas regras, non pola cantidade ou xénero dos individuos que a conformen nun momento dado.

... a cuestión numérica non cambia a socialización dos roles automaticamente, é necesaria unha reflexión conxunta que analice a forma de superar esta configuración sexista das profesións sanitarias ... sen esquecer que durante ese traspase de sexos continúan dándose os roles característicos de cada un deles. (Mazarrasa, 1999, pp. 34-36)

Os estudos realizados,por algúns autores, tamén fan referencia ás dificultades de acceso o poder, fenómeno coñecido como *teito de cristal*. Tamén encontramos estudos sobre o impacto do estres ocupacional, *burnout*, e satisfacción laboral. Tamén debemos ter presente a imaxe social e maila entidade, analizadas xa nalgúns teses doutorais de enfermaría.

A realidade histórica é algo que se atribúe ao xénero no mundo dos coidados. Este é un factor que acostuma a ser moi recorrente no pensamento cando se trata este punto por parte dos informantes. Con todo, non ten unha base sólida na que asentarse.

Durante miles de anos, os coidados habituais que son o sustento diario da vida, estiveron vinculados ás mulleres; a función de coidar considerase como algo inherente á súa bioloxía, a chamada natureza feminina: non obstante coidar é unha tarefa fundamental dos seres humanos mulleres e homes.(Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: unsa cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)

No século XIX iníciase a etapa profesional da enfermaría coa figura de Florence Nightingale (muller de ideoloxía vitoriana), para quen a enfermeira é dependente do médico, negándose a que estas prestaran servizo por propia iniciativa, por entender que a muller debe depender dunha figura masculina. Deu así lugar, dende a orixe da profesión, á unha submisión médica como unha cuestión de xénero.

As características fundamentais atribuídas a enfermaría ate o xurdimento da enfermaría moderna, eran: coidado intuitivo e feminino, atención tenra e maternal e relixiosidade á que se xuntou subordinación ao médico. Estas características, eran tamén as que se lles atribuíu ás mulleres do momento ... Na maior parte das sociedades industriais, a enfermaría é unha profesión maioritariamente feminina. Os varóns son minoría en todo o mundo. (Montesó Curto, 2011)

No discurso dos profesionais da enfermaría, está presente, aínda que non se fai explícito por medo a ser tachado de machista, o feito de que a profesión enfermeira está devalada por ser unha profesión maioritariamente feminina. As seguintes informantes van máis alá, empregando adxectivos cualificativos xeneralizados sobre o xénero feminino e aplicados ás propias compañeiras, tales como, rivais e malas polo feito de ser mulleres. Segundo elas este motivo é o que fai máis difícil o traballo cotiá na profesión enfermeira.

No me gusta nada la rivalidad entre compañeras. Las mujeres somos muy malas. Se trabaja mejor con hombres... será porque la mayoría somos mujeres. (Nº 43. Muller. DUE. 28 anos).

... as mulleres somos máis revoltosas, entón buscamos máis peros unhas as outras, mais fallos ... mais problemas, por dicilo así. Os homes eu creo que se limitan máis a facelo seu traballo que a "cotillear". (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría -Estudiante de enfermaría. 30 anos)

Cando unha enfermeira destaca, as outras enfermeiras tratan de deslexitala ao igual que cando sube de escalafón, en lugar de imitala para superala as compañeiras tratan de desprestixiala.

... de que va esta, desde que es docente ... mira como habla, pues ...es una enfermera igual que nosotras y en el trabajo deja bastante que desear ...no se puede atender a todo. (Nº80. Muller. Enfermeira. 60 anos)

... se chegou a ese cargo na dirección, por algo será, porque a pobre é bastante "cortiña". (Nº 70. Muller. Enfermeira. 40 anos)

... esta que está en este cargo, es porque tiene un buen enchufe, ya me gustaría saber cual es, porque no la cambianesté quien esté en la dirección ... y la verdad muy inteligente no parece, además para lo que hace ... toda la mañana sentada en una silla.(Nº 47. Muller. Enfermeira. 40 anos)

... está ahí por que su marido es ...ya ves, hay que tener enchufes para todo y más para ocupar un cargo en la dirección.(Nº 39. Muller. Enfermeira. 29 anos)



Figura 29. Practicante de Mondoñedo Andrés Baamonde Insua

Fonte: Blog Miscelánea Mindoniense (Doural, 2014)

Estamos en disposición de aseverar que estas características e comentarios, poden ser, e son, realizados tamén por homes, neste último caso non se toma como un simple *cotilleo*, dáse por sentado que é certo. Observamos tamén que os obxectos do comentario, mesmo poden ser homes que mulleres. Todos eles presentan sempre o común denominador dun comercio ou intercambio sexual.

... MM está muy bien, el director RG se la beneficia, por eso la tiene en ese cargo de ... (Nº 45. Home. Enfermeiro. 29 anos)

... yo le he dicho a “fulanito”, oye muy bien la debes de... para llegar a ese puesto, ya me enseñarás como se hace, que yo también quiero ascender. (Nº 46. Home. Enfermeiro. 43 anos)

... LB ten bo ..., ademais e moi lista antes de que nos demos conta estará ocupando un cargo na dirección de enfermmería, e ... si non é así xa mo contareis. Mirade para JK, xa

se enrolou cun médico, tamén estaba cantado que sería así ... (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

Así poderíamos continuar plasmando discursos destas características, con certo grao de maledicencia, o que non quere dicir que sexa certo o contido dos comentarios, observando como dixemos máis enriba o intento de deslexitimación que sofren as/os profesionais enfermeiras/os de categorías superiores.

Observamos nos seguintes discursos como é mellor aceptado no nivel inmediatamente superior un home que unha muller. A muller continúa considerándose compañeira, o home polo feito de selo considerásele a outro nivel no escalafón.

A nivel personal creo que non inflúe ter un supervisor en lugar de unha muller, eu traballei en moitos sitios e sempre me deu igual fora home ou muller. Se é unha muller a súa actitude non é mais competitiva, pero si, se producen más roces porque las mujeres somos más liantas. En el caso de un supervisor al no estar acostumbradas a trabajar con ellos da mas respeto. Para min a relación sexa home ou muller é a mesma, vaime fastidiar igual o que me poida dicir un home que unha compañeira. (Nº 71. Muller. Auxiliar de enfermaría. 35 anos).

... eu creo que sempre é distinto o compañerismo entre homes e entre mulleres ... o home, é máis de xestión. (Nº 76 .Muller. Auxiliar de enfermaría-Estudante de enfermaría. 30 anos)

Este informante non considera que haxa unha vantaxe, por parte dos homes, exercendo a profesión con compañeiras, a pesares de que si resulta diferente que facelo con compañeiros do mesmo xénero, atribúelle isto a unha diferenza de carácter, así como ao xeito de enfrontar as actividades.

... os homes ventaxas non temos ... quizais traballar coas mulleres é complicado porque eu penso que son mais volátiles ... é quizais un tema máis hormonal ... porque o home é máis estable ... o home é máis campechano a muller é máis ... quizais máis puntillosa ... lévome mellor cos homes ... sempre son máis tolerantes ... non “apretan” tanto no sentido de que isto é meu isto é teu, o home é mais tolerante máis “pasota” nese aspecto, a muller é mais puntillosa, mais de ... “pola norma”. (Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)

No seguinte discurso obsérvase quea informante non ten a sensación de ter vivido situación de discriminación por cuestións de xénero, con todo si observa un cambio na hora de traballar cun enfermeiro antes e agora.

Esta situación está cambiando mucho, gracias a Dios, porque pienso que hace tiempo no se pensaba así, si había un compañero enfermero era como más respeto, o menos

confianza ... nunca viví unha situación de discriminación de género, nin la vi, ni noté discriminación ni a favor ni en contra de hombres o de mujeres. (Nº 71. Muller. Auxiliar de enfermaría. 35 anos)

No discurso que ven de seguido tamén se fala de que non existe discriminación, con todo, acéptase a autoridade do home, que neste caso encóntrase no chanzo superior, pero se fose unha muller, de entrada xa non sería igual aceptada pois sinala que a relación con esta, dependería do seu carácter. Resulta interesante observar como o informante alude a un trato diferenciado dependo do xénero, pois no caso home-muller evita certas brincadeiras, que si as fai no caso da relación home-home, non tendo estas últimas maior transcendencia. A informante asevera que non é cuestión de xénero, senón de persoas.

No existen diferencias en el trato hombre o mujer, depende más de otras cosas, más de la persona que del sexo. No existe ningún tipo de discriminación positiva o negativa hacia un hombre o una mujer sea médico, enfermera o paciente. Tenemos compañeros hombres enfermeros y la relación con ellos es muy buena no varía el trato por ser hombre, es exactamente igual. La relación con el supervisor que es un hombre es fantástica, muy de tú a tú. Él aparte de todas sus tareas, que hace mil cosas, en cuanto tiene un momento, nos ayuda en todo. Echa una mano si nos ve cargadas de trabajo, es el primero que ayuda. Si un día echa la bronca es porque tiene razón, no influye en nuestra relación personal, nos vamos todos de cena tan contentos. No influye para nada que sea un hombre. Si fuese una mujer dependería del carácter de cada uno, no de su sexo. Supongo que él actúa de una forma determinada porque trabaja en su mayoría con mujeres, porque en esta sociedad hay bromas que se pueden malinterpretar. Tal vez tiene más tacto con las compañeras, pero creo que sabe muy bien con quien puede bromear, si trabaja con hombres actúa igual, con sus propios compañeros exactamente igual. (Nº 72. Muller. Enfermeira. 37 anos).

No caso que segue vese claramente como o enfermeiro sinala unha discriminación de xénero que considera positiva. Fai notar como esa discriminación a percibiu dende a súa etapa de formación cando era alumno. Sinala tamén como entre o xénero feminino se dá unha competitividade que non se produce cando a outra figura é a dun home, polo que segundo expresa dáse certo grao de respecto. Tamén fai notar a preferencia de determinados usuarios que prefiren ser coidados por unha muller.

Mi relación con las personas que trabajo es muy buena, solo tenemos un chico (un enfermero en toda la plantilla), las auxiliares son todas chicas y la relación es muy buena, yo creo que es mejor incluso porque ellas son mujeres y yo hombre. Que yo sea hombre me beneficia, desde siempre, como alumno, de prácticas, como enfermero y ahora como supervisor ... hay como cierta competitividad entre las mujeres que con una figura masculina ... no se, tiene, incluso ... cierto grado de respeto, que eso también

hay que ganarselo, no por ser hombre viene dado. Influye que yo tengo una actitud positiva, intento colaborar, etc, ... el hecho de ser hombre creo que también ayuda, las mujeres están deseando que llegue un hombre y te cuidan un poquito más, te sobreprotegen un poquito... a la hora de tratar con determinados pacientes pueden preferir que los trate una mujer.(Nº 74. Home. Enfermeiro. 40 anos).

O mesmo informante sinálanos a agresividade como característica masculina que relaciona co espazo, por considerar que a muller ao non ter esta característica é mais achegada aos usuarios. Esta característica masculina considera que prexudica aos profesionais enfermeiros do xénero masculino. Fai observar tamén como por ser home é máis respectado polos usuarios e incluso como unha figura con máis poder. Pola contra, a muller dá mais confianza para falar con ela por posuír as características femininas de sensibilidade ou capacidade de escoita. Continúa cun discurso contraditorio seguramente o mais aceptado neste momento, cando di que as calidades non dependen do sexo, se non da persoa que as posúe, remata insistindo en que a figura masculina sempre vai relacionada cun posto máis alto, máis respectable, ca da figura feminina.

Perfecto Abeairas Castro foi pasado polas armas en Lugo, xunto ao médico Rafael Vega Barrera, polas forzas sublevadas o 21 de outubro de 1936. O seu delito ser de esquerdas. Exercía como Practicante no Hospital de Santa María en Lugo. A pesares de que o seu discurso pretende ser coherente na igualdade de xénero, non o é. Subxace a idea culturalmente aceptada que o home ocupa postos superiores en canto a recoñecemento social.



Figura 30. Practicante Perfecto Abelairas Castro

Fonte: Unión Libre. Cadernos de estudos culturais. (Souto Blanco, 1997)

A pesares de que o seu discurso pretende ser coherente na igualdade de xénero, non o é. Subxace a idea culturalmente aceptada que o home ocupa postos superiores en canto a recoñecemento social.

Pueden ver más agresiva la figura de un hombre que la de una mujer, más cercana la de una mujer que la de un hombre, ahí si te puedes ver perjudicado ... tal vez el respeto y la figura mas importante (los usuarios) la ven en un hombre, y a una mujer la ven como alguien más cercano, con la que hablar y que tiene más sensibilidad y que escucha mejor, demostrar que las cualidades no dependen del sexo sino de la persona que las tiene ... la figura del hombre siempre va mas relacionada con un puesto más alto de respeto. (Nº 74. Home. Enfermeiro. 40 anos)

Por un lado, di que o feito de que os seus superiores sexan mulleres non parece supor ningún problema para este informante, no caso de que estean nun escalafón inferior, o trato si cambia. Podemos ver como no caso dos alumnos (que ocupan o escalafón mais baixo), se son do xénero masculino son mellor considerados, reciben un tratodiferente e polo tanto non igualitario.

... no me plantea ningún problema que mi jefe sea una mujer o un hombre ... cuando llegan algunos chicos (al servicio) siempre se recibe mejor a los alumnos que a las alumnas. Las alumnas son una más de cinco que vienen a la planta y sin embargo el chico es el segundo de las veinticinco chicas que hay en el servicio, se trata como un niño mimado. (Nº 74. Home. Enfermeiro. 40 anos)

O informante que ven de seguido considera un estereotipo de orixe histórica que a enfermaría sexa unha profesión de mulleres, independentemente do número de homes ou mulleres que a exerzan, á vez que lle atribúe ao xénero feminino unha serie de características consideradas femininas. Ven a sintetizar o discurso teórico, que analizabamos máis arriba, dun xeito práctico e claro.

Yo creo que la enfermería es una profesión femenina porque está estereotipada, porque toda la vida fueron las mujeres quienes se ocuparon de eso, entonces ... no sé ... quizás ... está explotado ese lado ... pero también puede ser cierto porque hay características que son más de mujeres, como paciencia o buen trato, que se les puede atribuir a la mujer... las mujeres yo creo que son muy ... que tienen un gran relación, la mayoría, porque hay de todo. Los pacientes, hablan más con las mujeres, porque piensan que son más protectoras naturalmente, más abiertas, pero ... (Nº 75. Home. Estudiante de enfermaría. 19 anos)

En definitiva, no tocante á calidade dos coidados que se van dar aos usuarios, non resulta relevante por quen sexan impartidos atendendo ao seu xénero. Este punto queda ben aclarado no discurso dos informantes profesionais.

... el hecho de ser hombre o mujer no creo que influya a la hora de ejercer la profesión ... lo único es que los hombres somos más escasos, pero no creo que influya directamente el hecho de ser hombre o mujer ... (Nº 75. Home. Estudiante de enfermaría. 19 anos)

Segundo se recolle no artigo “Mujer y cuidados: ¿historia de una relación natural?”

As tarefas da enfermmería concibidas como innato e natural da muller, foron entendidas como un rol de segunda orde. O vínculo entre a muller e os cuidados foi historicamente como algo natural e raramente cuestionado ... A maioría das culturas recoñecen e establecen diferenzas entre a natureza e por conseguinte, entre o mundo natural e a propia sociedade, onde se atopan inmersos. O home polo feito de estar liberado de toda condición reprodutora, parece quedar liberado de toda relación coa natureza, e polo tanto circunscríbese ao ámbito da cultura. En palabra de Otner, a cultura pode transcender, dobre e controlar a natureza. É así que se dá a dicotomía natureza cultura, é dicir, o home exercerá o seu dominio e control sobre a muller. (Antonín, Flor, & Tomás, 2003, pp. 36-39)

Estas circunstancias son recollidas polos informantes que citamos a continuación. Observase un cambio na actualidade e búscanse razoamentos para explicar porqué acontecía así, e porqué agora se dá o cambio.

... a enfermmería é unha profesión maioritariamente feminina porque a primeira concepción desta profesión era de coidar ... pues bueno ... as mulleres ... quizás eran mellores cuidadoras e o home máis de ir á caza, quizás por eso ... ven polos ancestros ... polo cuidado que mais ben é no sentido feminino, pero bueno agora non ten nada que ver ... (Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)



A orixe do androcentrismo está documentado xa na Biblia no libro do Xénese 1:26-27 “e dixo Deus : fagamos ao home a nosa imaxe, conforme a nosa semellanza; e exerza dominio sobre os peixes da mar, sobre as aves do ceo, sobre os gandos, sobre toda a tierra ... Creou, pois, Deus ao home a imaxe súa”.

Figura 31. Androcentrismo

Fonte: El primer derecho de todo ser humano (Canales, 2012)

A sociedade androcéntrica na que vivimos sempre considerou o traballo doméstico como inferior, e continúa considerándose así. O home xa non vai de caza coa finalidade de traer as pezas para alimentar á prole, pero sae da casa a buscar alimento igual que fai miles de anos, arriscando a súa vida na voráxine da competitiva sociedade actual. As mulleres asumiron as tarefas consideradas cómodas, sen risco vital, de aí o menosprezo do seu traballo e a subordinación, o enalteceamento de aquel que sae a arriscar a vida pola familia, pola tribo, así o sinalan os autores no seguinte texto.

O traballo doméstico que as mulleres desenvolven non foi contemplado como un traballo produtivo, na súa máis pura formación, carece de valor ao estar limitado ao ámbito doméstico/familiar. Historicamente a muller estivo confinada rigorosamente, por imposicións sociais ao fogar. A enfermaría, naceu adoptando un carácter de arte doméstico. O seu traballo orientouse inicialmente como recursos dirixidos a súa propia familia e este esforzo de servizo estendeuse ao coidado dos anciáns e individuos que enfermaban na súa comunidade... Aínda cando as mulleres foran incorporadas masivamente á produción social, o traballo produtivo non serviu para crear unha base para a igualdade. O traballo realizado polas mulleres e automaticamente categorizado como traballo feminino e, por elo, desvalorizado por completo. As mulleres asumiron aquelas tarefas, poderíamos dicir “de segunda orde”, tarefas aburridas, repetitivas, sinxelas. Desta concepción á infravaloración do traballo realizado polas mulleres só hai un paso, deste á subordinación ningún. (Antonín, Flor, & Tomás, 2003, pp. 36-39)

O que refiren os autores no texto anterior, sinálao dunha forma resumida a seguinte informante, o imaxinario cultural segue sendo o que marca o pensamento e a visión das profesións, neste caso da enfermaría.

... o feito de que a profesión sexa feminina esta escrito na propia historia ... hoxe en día as mulleres están ocupando a maioría en case tódalas carreiras, pero pouco cambiou. (Nº 78. Muller. Enfermeira. 47 anos)

No exercicio da praxe profesional non supón un problema o xénero. Non vai influír tampouco a maior ou menor carga de traballo, independentemente das características físicas e actitudinais atribuídas a un ou a outro xénero. O informante considera que unhas características compensan ás outras.

... en lo que respecta a la productividad no influye el género, quizás hay cosas que podamos ayudar más los hombres, otras las mujeres, pero a la hora de la productividad

no hay diferencia ... lo de los pacientes encamados, es lógico que un hombre tenga más fuerza física y podamos ayudar más ... y quizás esa sea una de las pocas ventajas que tengan los hombres, después no se ... quizás ... las ventajas que tienen las mujeres respecto a eso, es lo que te decía ante ... quizás los pacientes se abran más, tienen más confianza, pero no creo que haya demasiada diferencia de productividad ... (Nº 75. Home. Estudiante de enfermmería. 19 anos).

O feito de que na linguaxe aos profesionais da enfermmería se lles denomine en termos femininos, parece non molestar a este informante, incluso parécelle razoable comparando o que sucede coas profesións consideradas masculinas. Con todo este discurso non acostuma ser o máis xeneralizado, séguelle outro informante ao que si lle molesta, incluso considera que é unha forma de expresión vexatoria.

... no me molesta que para dirigirse a los profesionales de enfermmería se hable de enfermeras en género femenino ... porque me parece lógico, como pasa al contrario en muchísimas profesiones que se ve más el género masculino ... en la mayoría se usa más el género masculino que el femenino. Pues me parece lógico que si hay una gran mayoría de mujeres se nos llame o conozca por enfermeras y bueno te acostumbras y no es nada molesto. (Nº 75. Home. Estudiante de enfermmería. 19 anos)

... me molesta que cuando entre alguien en la planta de voces ... “chicas ... enfermeras ...” no es tanto el que de voces que ya indica un trato vejatorio, sino también el trato en términos femininos, en lo que a mi se refiere. (Nº 81. Home. Enfermeiro. 40 anos)

Fala este informante no seu discurso o que referiamos anteriormente das profesións que están cambiando de xénero como é o caso da medicina que sendo tradicionalmente unha profesión masculina actualmente a maior parte dos seus compoñentes son do xénero feminino.

... por el hecho de ser hombres ... no se yo si realmente es bueno o malo porque ... a ver, que te tengan fichado no es especialmente bueno, es lo que decía antes, que es más raro ver un enfermero chico, no creo que haya tantas diferencias entre unos y otros... supongo que hay menos chicos por eso de los estereotipos que hay de toda la vida, de que la enfermmería para las mujeres ... y esas cosas ... y lo de medicina y tal ... que haya más médicos, si hoy te pasas por el hospital ... hombres no te encuentras, prácticamente ninguno ni enfermero ni médico. (Nº 75. Home. Estudiante de enfermmería. 19 anos).

Este informante fai visible outro dos estereotipos relacionados co xénero que está presente con respecto aos homes que exercen a profesión da enfermmería. Líganse as calidades femininas a unha determinada forma de vivir á sexualidadalgúns homes. Sendo esta unha hipótese falsa.

... socialmente se valora de una forma diferente a una enfermera que a un enfermero ... es obvio, se relaciona enfermero con un chico gay o homosexual o lo que sea y ... eso realmente ... a veces coincide ... porque quizás las actitudes de cada persona... una cosa es que pueda llevar a que sea mas cariñoso ... tener mejor capacidad para relacionarse ... este no es el caso ... la gente relaciona más la enfermería con la mujer y creo que es mas positiva esa valoración porque se espera ya ... pero de un hombre siempre descoloca un poco, y más a nivel de que es un poco afeminado ... por así decirlo. (Nº 75. Home. Estudiante de enfermmería. 19 anos)



Figura 32. Homes enfermeiros

Fonte: Enfermería.ME. Cuidados y procedimientos de Enfermería (Gracida Meda, 2015)

A profesión enfermeira está rodeada de moitos mitos, entre eles o de que a profesión dos coidados é de mulleres, a faia de capacidade emocional dos homes para exercer esta profesión, ou que os enfermeiros son médicos frustrados. Con todo a sociedade tenos en boa consideración.

O informante que ven de seguido considera que os enfermeiros están benconsiderados socialmente, á vez que profesionalmente se asume, neste momento, que os coidados enfermeiros poden ser exercidos tanto por homes coma por mulleres.

... aínda que é baixo o porcentaxe dos homes que traballan na enfermmería ... está como máis asumido pola sociedade ... eu particularmente non vexo a distinción. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermmería-Estudiante de enfermmería. 30 anos)

Outra das crenzas presentes é a de que os usuarios en determinados servizos prefiren ser atendidos por un xénero ou outro, cando se trata da enfermmería. No caso que se refire debemos de ter presente que non fala da disciplina médica, na que fai pouco tempo os especialistas eran só homes, sen que isto se fixese notar, incluso a pesar das preferencias das usuarias.

... os pacientes ... en certos servizos ... se é muller prefire que a atenda outra muller... pero non ten porqué ... dende a miña perspectiva os homes creo que traballan do mesmo modo, incluso ... en moitos casos ... ou en casos particulares, que eu coñezo, as veces creo que chegan a empatizar mellor coas pacientes ... no tema da intimidade

dependendo do servicio, ao mellor ... por exemplo nun serviciode xinecoloxía as mulleres, ao mellor prefiren que o persoal sexa mellor feminino ... noutro tipo de servicios eu creo que non ten ningunha importancia ... (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría-Estudante de enfermaría. 30 anos)

A situación en moitas ocasións é xerada polos profesionais da medicina e non polos usuarios, como é o caso que reflicte o seguinte informante. O informante non ofrece datos sobre a motivación, só o que el viviu.

Na Residencia Sanitaria Hermanos Pedrosa Posada, no ano 1985 cando pasei a traballar no Servicio de Xinecoloxía o xefe de servicio foi a dirección de enfermaría a protestar dicindo que non quería persoal de enfermmería masculino no seu servicio, que un home non podía facer o traballo dunha enfermeira alí. Estiven namentres durou a baixa da enfermeira, e nunca me sentín discriminado, nin polas compañeiras, nin polas pacientes ... Sei que anos máis tarde foi para alí outro compañeiro con labores de xestión de enfermaría e con case ningunha actividade asistencial directa sobre as pacientes. (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

En moitas ocasións é cuestión de costume, ou medo de non poder manter a xerarquía ou o status, por considerar á enfermeira como unha “servidora” se esta é muller, isto está culturalmente admitido e non haberá problema, pero se é un home o enfermeiro, xa cambia a situación. O home representa o poder masculino e está en condicións de influír sobre as compañeiras, dándolles pulos, para cambiar a súa situación.

No Hospital de las Enfermedades del Tórax da Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) era o ano 1984 cando entramos a formar parte da plantilla tres enfermeiros, o comentario dalgúns médicos era “onde imos parar, con homes enfermeiros no hospital, van alborotar ás enfermeiras”. Os únicos homes que traballaban no hospital eran os médicos, dous de mantemento, un “camilleiro” e un porteiro (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)



Figura 33. Hospital das Enfermidades do Tórax. Calde (Lugo)

Fonte: La Voz de Galicia. (Cela, 2010)

Efectivamente a situación cambiou, as enfermeiras empezaron a reclamar por estabar facendo traballos de administrativo ou cambios arbitrarios de quenda, entre outros.

O seguinte informante sinala que o trato dos médicos no é o mesmo cara a enfermaría dependendo do xénero, os homes son axudantes sen máis, as mulleres son subalternas que están o seu servizo, para o que o medico mande e como el o mande, son dunha categoría inferior ao home, pódeselles rifar, elas ademais agradecen ese trato servil, pois non protestan. O relato resulta un pouco laongo, pero ben merece a pena transcribilo íntegro para despois poder ser analizado sen perdas.

Hoxe cambio bastante o trato do médico cara a enfermaría aínda que se conservan as formas no fondo segue latente a idea de que o médico é o amo e a enfermeira a “Panchita” negra das viñetas dos comis do Doutor Cataplasma que polos anos 70 editaba a publicación Olé de Bruguera. No meu traballo vin chorar a moitas compañeiras de rabia, de impotencia e mesmo de medo, despois de que o médico lles rifase diante dos enfermos e dos familiares, por algo que incluso fixera mal el mesmo. Unha das cousas que me facía ferver o sangue era ver que elas calabán sen dicir nada diante do todopoderoso doutor. Non quedaba aí a cousa pois elas agradecíanlle que fose transixente coa súa torpeza e non pasase a maiores tendo en conta os fallos que elas cometían no seu traballo. Tamén me chamaba a atención que elas non se decataran da falta de respecto da que eran obxecto e ver como as compañeiras se poñían a defender ao médico e non a súa compañeira. Hoxe día continúa dándose esta situación, sobre todo cando a enfermeira ocupa un cargo de mando intermedio, ponse do lado do médico e reñelle ela mesma á enfermeira, inducida ou non polo “interfecto de turno”. En algúns servizos os homes resultabamos molestosaos médicos e notábase un sometemento total por parte das enfermeiras. Aos homes tamén vin que lles

reñesen os médicos, pero sen tanta agresividade verbal como cando era cas mulleres, tampouco nunca vin que lle chamasen a atención a un home en público. Eu concretamente deixei algún traballo por que iba a traballar con medo a que o médico me rifase igual que lle facía as miñas compañeiras. Eu teño moito xenio e sempre que alguen me humillou planteille cara e saíu mal parado, tanto fose home como muller. Tería algunha anécdota para contar, pero non ven o caso. En canto ensinas os dentes dúas veces a manada respétate, era o meu lema. Hoxe paréceme que so cambiou a aparencia, o espírito ven ser o mesmo, a letra non. (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

No capítulo anterior sinalabamos a importancia de coñecer aos profesionais polo seu nome como sinal de confianza e achegamento. Aquí preséntasenos coma unha cuestión de xénero relacionado co número. O ser menos homes é máis doado sabelo seu nome.

... en canto a recoñecer aos homes polo seu nome é debido a que hai un porcentaxe moi baixo ... é máis fácil que te acordes do nome. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría-Estudante de enfermaría. 30 anos)

O seguinte profesional relaciona o xénero feminino coa eficacia a hora de realizar as técnicas, pero non considera, que as características atribuídas a un e outro sexo, inflúan na boa profesionalidade, sexa home ou muller.

... eu penso que non inflúe o xénero ... quizás as mulleres son máis rápidas ... facendo as técnicas ... quizás sexan máis rápidas ou teñan fama de máis rápidas... pero bueno ao final ... eu creo que finalmente non inflúe. Se é bo profesional tanto home como muller ... en esta profesión non inflúe o xénero á hora da eficacia ... quizás ten menos forza pero é máis de ... boa praxis e maña, non ten que ver a forza. (Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)

Tamén lle recoñece ás mulleres unha serie de características femininas, desprendéndose do seu discurso que é o xénero ideal para exercer os coidados de enfermaría.

... as mulleres son súper eficientes, esa mano esquerda, esa empatía que teñen ... cos enfermos ... eu creo que son ideais para coidar todo tipo de pacientes. (Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)

Este mesmo informante fai unha comparación entre a disciplina médica e a enfermeira dende o punto de vista do xénero considerando que na medicina si se valora máis (por parte do usuario) que sexa un home o que presta a atención, non tendo importancia o xénero á hora de aplicar os coidados enfermeiros.

... na medicina os profesionais homes, quizais ... ademais sempre teñen a idea de que o home sabe máis, e é máis experto ... na enfermaría non vexo que haxa esa diferenza ...

moitas delas son mulleres, agora están aumentado os homes, pero eu creo que na enfermaría non inflúe que sexa home ou muller, na actitude dos pacientes ... na medicina si. (Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)

A informante sinala unha serie de calidades, atribuías culturalmente o xénero feminino, que ela considera deben de ter os profesionais, sendo menos relevante a cuestión do xénero de quenimparte os coidados.

... respecto as cualidades e actitudes que teño para exercer a profesión ... as mesmas que se fose home. Eu creo que para exercela profesión non hai que ser muller, iso para empezar. Eu creo que hai que ser ... é moi importante a empatía, ser sociable, pero tamén manter os teus coñecementos o día ... ser humano ... ter presente a ética para os coidados... pero aparte dos coñecementos científicos que, son a base ... sempre hai tanto que improvisar as veces ... A medida que tes máis práctica ... por exemplo cando vas a un domicilio alí non tes os utensilios que tes aquí e moitas veces tes que improvisar ... á hora de exercela profesión non ten importancia ser home ou muller... hai xente que di cousas dos homes e das mulleres, pero eu creo que non, para nada. (Nº 78. Muller. Enfermeira .47 anos)

A mesma informante pon por riba do xénero a cuestión da amabilidade á hora de prestar atención aos usuarios.

... eu creo que aos pacientes lles é totalmente indiferente ser atendidos por un home ou por unha muller. Os pacientes queren que os atendan ben, que sexas profesional. Eu penso en min, e ... daríame igual, con tal de que sexa profesional, tampouco lle pido que sexa cariñoso... amable si ... para min eso entra no de ser bo profesional, non só facer unha cura perfecta. (Nº 78. Muller. Enfermeira. 47 anos)

A sensibilidade que se precisa para exercer a profesión de enfermaría non é segundo o seguinte discurso, unha cuestión de xénero senón unha cuestión de persoas, os estereotipos atribuídos a un e outro xénero poden estar presentes no outro, dependendo das persoas.

... dentro da profesión hai de todo, pero dá igual que sexan homes ou mulleres, hai mulleres que son ... máis ... non sei como dicilo dunha maneira que non se malinterprete... exercen a profesión máis alegremente, máis pasota, máis saír do momento e xa está ... Eso o vexo tanto nos homes coma nas mulleres ... hai xente que pensa ... non sei porqué...que as mulleres temos máis sensibilidade para unha serie de cousas, pero eu creo que os homes poden ter a mesma sensibilidade e non só é que o crea, é que o afirmo, porque na miña casa son a única muller e pódome asegurar que os homes da miña casa se non son máis, son igual de sensibles ca min. (Nº 78. Muller. Enfermeira. 47 anos)

Queda bastante patente que o mito do xénero feminino na profesión enfermeira é unha cuestión cultural, máis que biolóxica ou de características atribuídas a un ou outro sexo.

4.3.2. A xerarquía nos coidados nun modelo biomédico

Outra cuestión tan importante ou máis influente cá do xénero, é a xerarquía que se desprende do modelo do SNS do Estado español. Estamos a falar do modelo biomédico. Segundo Martínez (2008) este modelo tradicional está baseado no determinismo biolóxico, contempla una compresión da vida, a patoloxía e a morte, como resultado de causas exclusivamente biolóxicas, aínda que poidan na algún momento dado abrirse a continxencias da esfera cultural que serán consideradas causas secundarias.

Neste modelo biomédico considérase a enfermidade dende unha mirada unidimensional, analítica e centrada na bioloxía, abríndose á psicoloxía e, en raras ocasións á cultura ou á socioloxía. Non debemos esquecer que os coidados enfermeiros están relacionados coa bioloxía e coa cultura, se pretendemos que estes sexan holísticos para así contemplar ao individuo como un todo, e á enfermidade como un modelo multidimensional.

A profesión médica ten actualmente o dominio no campo da saúde, é unha característica do poder profesional e da superioridade de quen exerce a medicina en relación con outras ocupacións. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermería, 2010)

Unha das características do modelo biomédico é a súa ductilidade para continuar ocupando os postos de poder, adaptándose ás novas circunstancias e cambios que se deron en diferentes momentos da historia.

O interesante do poder hexemónico en medicina segundo Zárate (2003) é a súa capacidade para recolocarse socialmente. Caracterízase por defender o principio de xerarquía, inspirado no modelo e idea de superioridade masculina. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermería, 2010)

No caso da xerarquíana enfermaría, o modelo biomédico ten unha gran influencia. En primeiro lugar considérase a disciplina enfermeira como secundaria ou subalterna da disciplina médica, en segundo lugar marca un modelo de relación

piramidal entre a enfermaría e outras disciplinas, e por último, aplícase este mesmo modelo dentro da organización e relacións da propia profesión enfermeira. A enfermaría que dependía directamente da Xerencia, pasa ter como intermediaria unha dirección, ocupada polo xeral por un médico, co que perde un paso no organigrama como se pode observar nas figuras 34 e 35 referentes o Hospital da Costa hoxe dependente do EOXI Lugo, Cervo e Monforte. Tamén no organigrama do EOXI a Dirección de enfermaría pasa a depender doutra dirección médica, perdendo autonomía.

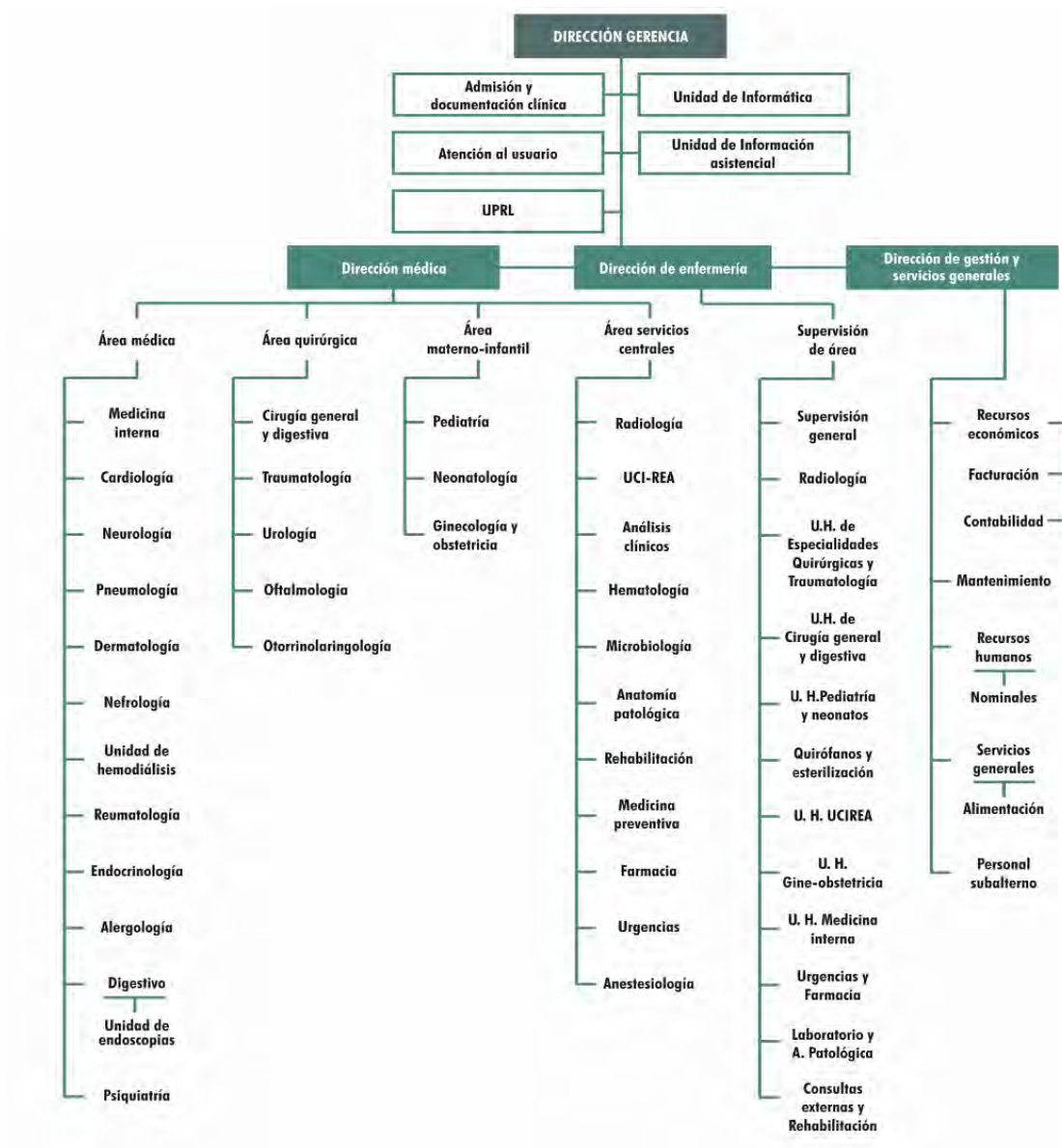


Figura 34. Organigrama Hospital da Costa, Lugo (2004)

Fonte: SERGAS (SERGAS, 2015)

No punto anterior, xa puidemos observar a relación do xénero con respecto á feminización de determinadas disciplinas no ámbito sanitario. Neste momento no que se está producindo un cambio, estas situacións xeran conflitos debido á necesidade dun cambio de modelo.

Ademais, será conveniente establecer qué relacións de poder, de xerarquía ou de autoridade se dan dentro dunha profesión ou entre profesións distintas, tendo en conta si existe unha tradición de práctica masculina ou feminina, os niveis actuais de feminización e os lugares onde se encontran os homes e mailas mulleres. A identificación da existencia de conflitos, pactos e rupturas, así como os elementos de continuidade e transformación destas relacións é un elemento clave e insuficientemente analizado para o caso español.(Ortiz, Birriel, & Ortega, 2004)

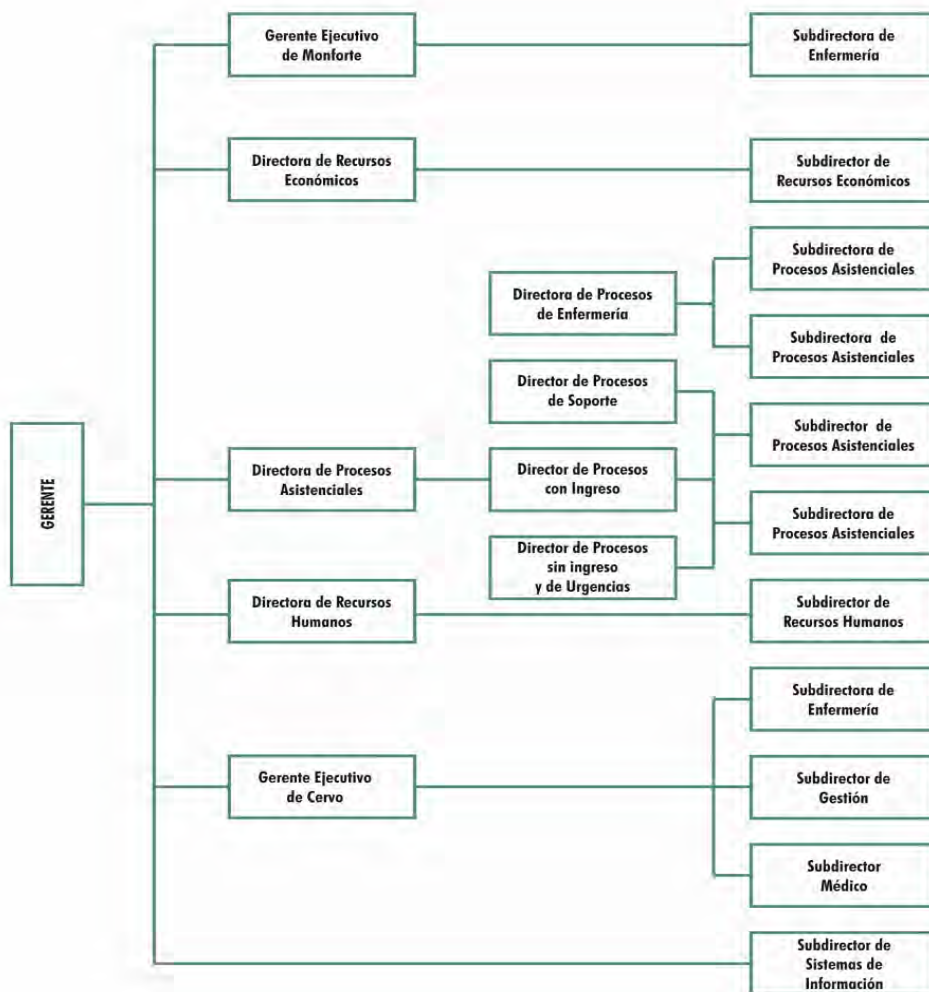


Figura 35. Organigrama Hospital da Costa, Lugo (2015)

Fonte: SERGAS (SERGAS, 2015)

De seguido imos plasmar de modo gráfico o seguinte discurso, un caso no que se amosan os cambios dos que estamos a falar.

A Mesa Estatal da Profesión Enfermeira, no ano 2014, da resposta e fai puntualizacións a unhas declaracións de Francisco Miralles, Secretario Xeral da Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), quen considerou que a profesión enfermeira era de rango inferior á médica. Máximo González Jurado, Presidente do Consellode Colexios Oficiais de Enfermería de España, responde a estas declaracións facendo as seguintes reflexións:

A) É realmente lamentable que nesta fase aínda debemos corrixir algunhas visións do paleolítico e superadas sobre o traballo multidisciplinar, de feito, o propio concepto de xestión clínica está perfectamente definido no artigo 10 da LOPS. Esta norma establece claramente a falta de dependencia e/ou calquera subordinación do enfermeiro ao médico, non só da lei - que non deixa lugar a dúbidas sobre a autonomía que é axeitado para ámbolos dous profesionais facultativos- senón tamén pola equivalencia e igualdade das súas titulacións académicas tanto a nivel de grao como de postgrao.

Trátase dunhas afirmacións que veñen a por de manifesto un absoluto descoñecemento en tres materias moi concretas: a realidade actual tanto da profesión enfermeira como das relacións interprofesionais na nosa sanidade; a lexislación vixente en materia de ordenación profesional; e o significado real dun concepto como é a xestión clínica, cada día máis presente nos sistemas sanitarios.

B) É preciso coñecer entre outros extremos a evolución no ámbito tanto académico como de competencias sufrida pola profesión enfermeira nos últimos vinte anos. Un proceso imparable que sitúa as enfermeiras españolas á cabeza da enfermmería mundial. Aínda esta realidade parece ser ignorada por aqueles que, en pleno século XXI, entenden que a profesión enfermeira é unha profesión ao servizo doutra (a profesión médica) e non ao servizo da sociedade.

Desde xeito, de cote, podemos encontrarnos e, de feito, empeza a ser frecuente, unha enfermeira que ostenta o título de doutora despois de ter defendido a súa correspondente tese doutoral, traballando conxuntamente cun médico que non avanzara mais

alá do seu nivel básico para traballar no SNS. Son dous excelentes profesionais que non traballan o un para o outro, senón ámbolos dous única e exclusivamente para o paciente.

C) Esta nova realidade enfermeira foi convenientemente regulada na lexislación española

...

E) Neste senso, salientar que se trata, ante todo dun proceso centrado no paciente e non nas propias patoloxías, nin por suposto en intereses profesionais ou corporativistas. Preséntase polo tanto, como un proceso que busca garantir a sostibilidade do sistema sanitario e mellorar a calidade asistencial, dúas metas absolutamente compatibles. Deste xeito entendemos a xestión clínica como unha ferramenta, non coma un fin, sendo o seu obxectivo acadar un sistema de saúde sostible... e con eficiencia orzamentaria

...

Non obstante, a gran maioría dos profesionais médicos son perfectamente conscientes desta nova realidade enfermeira. ... autónoma e científica, a asistencia sanitaria ao paciente mellorou fondamente en calidade e seguridade. (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2014)

Recentemente coa Prescrición Enfermeira, despois de pasar tódolos filtros establecidos legalmente para a súa aprobación polo Consello de Ministros, o Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) realizou as seguintes declaracións recollidas no diario “El Mundo”.

Non é algo novo. Os enfermeiros levan anos reclamando un espazo legal para o que é cotiá na súa práctica clínica: a prescrición de medicamentos e produtos sanitarios. A pesar do pulo de tódalas Consellerías de Sanidade e do propio Ministerio, coa aprobación o pasado 26 de marzo do proxecto do RD que ven a regular esta prescrición, o CGCOM sostén que esta práctica, pode supor un risco para a seguridade do paciente. Por este motivo, onte o Consello Xeral da Enfermaría, anunciaba que está estudando medidas legais para denunciar ao organismo médico pola ofensa xerada. (López, 2015)

Con data de 23 de outubro de 2015, o Consello de Ministros, modificou ilicitamente o texto orixinal do RD da prescrición enfermeira, a pesar de que este xa fora pactado coa profesión enfermeira, aprobado por unanimidade no Consello

Interterritorial do SNS e ditaminado favorablemente polo Consello de Estado, someténdose á presión exercida polos organismos médicos.

Este cambio de última hora suporá un grave trastorno no funcionamento normal do sistema sanitario, xa que hai numerosas accións que viñan realizando os enfermeiros ate o de agora de xeito autónomo para garantir a continuidade dos coidados e axilizar a toma de decisións respecto o proceso de saúde do paciente e en canto o decreto se publica no BOE estas accións pasarán a ser ilegais. (Gregoris, 2015)

No Hospital de Enfermedades del Tórax, aínda no ano 1980 cando o coche do director entraba no recinto hospitalario, o conserxe facía soar unha campá situada na porta principal do edificio, coa finalidade de que todo o persoal perfectamente uniformado formase un corredor a partir da porta principal e saudase ao director médico, desexándolle un bo día. Só se deixou de facer este ritual cando o director se xubilou a primeiros dos 80. Este claro exemplo da xerarquía imprimiu carácter durante moitos anos ao persoal sanitario que alí prestaba os seus servizos. As xerarquías e a pirámide estaban perfectamente establecidas co resto dos profesionais.

Xa apuntabamos no punto anterior, en referencia co xénero, que o home ocupa na enfermaría cargos relevantes de xestión, sendo unha maioría, a pesares do maior número de mulleres. Estes cargos van dende postos intermedios na Dirección en hospitais, ate a Presidencia dos Colexios Enfermeiros. Este fenómeno ven apuntado polos seguintes autores.

Socialmente aceptase en maior ou menor medida que as mulleres están feitas para os coidados en tódalas súas variantes, algo que pertence a esfera privada mentres que os homes están máis preparados para as actividades relacionadas coa esfera pública, aquelas que confiren máis prestixio ou poder. (Burguete, Ramón, & Martínez, 2010, pp. 36-39)

As definicións sobre o concepto “doméstico”, levan implícita unha relación de subordinación. Ao igual que a cultura chega a dominar á natureza, a esfera do público confire un estatus social e unha autoridade superior ou de dominio sobre a esfera doméstica ... A esfera do público e o doméstico, leva consigo unha clara división de roles e polo tanto das tarefas que cada un dos sexos debe levar a cabo. (Antónin, Flor, & Tomás, 2003, pp. 36-39)

Parafraseando a Bourdieu (2010), moitas enfermeiras creen na supremacía da autoridade médica sobre o seu traballo, e non se ven como profesionais que realizan prácticas diagnósticas e tratamentos de respostas humanas das que só a enfermaría é

responsable e capaz de resolver. Estas crenzas atentan contra a identidade e autoridade da profesión enfermeira á vez que lle resta autonomía.

A dependencia xerárquica do médico é unha das cuestións que aparece no discurso dos profesionais. A profesional que segue trata de xustificar esta percepción. Observamos como por unha banda sente a profesión como autónoma, por outra banda hai un lastre que lle impide soltarse nesa autonomía, atribuíndo esta situación a unha presión social así como á influencia do sistema biomédico.

Hasta hace pocos años la falta de independencia, es decir, somos independientes, en algunas cosas no, en algunas funciones y podemos hacer muchas cosas por nosotros mismos ... pero ... nuestra profesión se ve subyugada al médico, en cierto modo nosotros somos como ayudantes, yo creo que nosotros nos sentimos un poco así, la sociedad nos ve así, los pacientes nos ven así, y entonces eso impide que nos desarrollemos como profesionales ... yo creo que tenemos un campo muy amplio, y que realmente al final te reduces a hacer cuatro cosas, y todo queda ahí. (Nº 23. Muller. DUE. 28 anos)



A atención de enfermaría sempre está máis próxima ao usuario ao realizarse de forma ambulatoria que a que se dá no medio hospitalario. Este edificio, albergou o primeiro ambulatorio de Lugo ate os anos 80, nos que pasou a ser tamén centro de especialidades e xerencia de Atención Primaria. Actualmente é un centro de Atención Primaria.

Figura 36. Primeiro ambulatorio da Seguridade Social de Lugo (1956)

Fonte: Galipedia (Galipedia, 2011)

A independencia de actuación é unha cuestión moi valorada polos profesionais en AP o que non leva consigo que o traballo non se poida realizar en equipo co persoal médico. Non obstante, na lectura deste discurso e mailo do anterior informante, observamos a dicotomía que supón unha total autonomía para o profesional da enfermaría que por un lado desexa e, por outro, non é quen de acadar por diversas razóns, algunhas das cales veremos mais adiante.

A non dependencia do médico leva á autoxestión proporcionándolle á enfermaría a capacidade de organizar e xestionar o seu tempo e a súa actividade. O

reclamar máis autonomía para a profesión enfermeira é unha constante como podemos observar nos discursos dos seguintes informantes, que chegan a comparar a importancia da independencia profesional con posuír unha titulación superior, incluso unha maior remuneración económica.

Una organización del trabajo más personal, tu citas a tus pacientes a tu consulta ... la falta de tiempo para realizar unos trabajos de calidad ... tu eres quien organizas el trabajo. (Nº 21. Muller. DUE. 27 anos)

Creo que la enfermería necesita más independencia. (Nº 24. Home. DUE. 28 anos)

Lo que menos me gusta es la poca independencia que tenemos en cuanto a los médicos ... tener funciones más independientes. (Nº 25. Home. DUE. 30 anos)

Pondría coches para los domicilios en la AP, aumentar el sueldo, conseguir no sólo el grado, si no lo que conlleva de independencia profesional. (Nº 26. Muller. DUE. 35 anos)

... ter maior iniciativa propia, non depender tanto doutros estamentos, ou de outros sistemas, ser máis autónomos. (Nº 28. Home. DUE. 57 anos)

O seguinte informante desenvolve as súas funcións na AE, o que non quita que manifeste as mesmas deficiencias.

... me disgusta la falta de independencia. Un gran tanto por ciento del trabajo enfermero es a demanda, no es propiamente de enfermería ni pautado por la enfermería si no que es a demanda de otros estamentos. Contamos con muy poco tiempo para trabajos propios. (Nº 46. Home. DUE. 43 anos)

Tamén é de subliñar como a seguinte informante emprega unha linguaxe biomédica e non a holística que correspondería cando fala de “mis crónicos” e “mis úlceras”.

En AP yo organizo mi consulta, llevo como yo quiero mis crónicos, mis úlceras las hago con mis conocimientos y material,... (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)

Os profesionais de enfermmería na AP se non poden tomar decisións, o que fan e mandar ao usuario ao seu médico e este derívaos a outros profesionais, de forma que o usuario perde tempo, a paciencia, ao ir e vir sen que lle solucionen o problema. Isto ven dado polo sistema xerárquico. Como observamos nos casos que seguen, a nivel práctico pódese solucionar esta deficiencia senón se ten en conta a dependencia xerárquica, podendo incorrer nalgúns casos nunha ilegalidade namentres a Administración non lexisle sobre a autonomía da enfermmería en certas prácticas, como o caso visto da prescrición enfermeira, entre outros.

... poder tomar máis decisións persoais a nivel de enfermeiros, porque da outra forma o único que se fai é que o paciente se sinta moitas veces incómodo de andar de un sitio para outro. (Nº 27. Home. DUE. 51 anos)

...a toma de decisións é algo que nos afecta aos enfermeiros, porque en moitas ocasións encontrámonos con moitas barreiras, aínda que no meu caso, non teño queixa porque levamos traballando tempo xuntos e organizamos o meu parecer dunha boa forma. (Nº 29. Muller. DUE. 36 anos)

Por esperpéntico que pareza, o comentario do seguinte informante aconteceu como quen di onte. Deixa ben claro o concepto que se ten nalgúns servizos das funcións do persoal de enfermaría, máis grave aínda é o concepto que ten a mesma Dirección de Enfermaría, que en lugar de esixir que a enfermeira estivese na sesión trata de evitar o conflito retirando de alí a esta profesional.

Para a consulta externa do servizo de ... do Hospital Xeral de Lugo, no ano 2002 foi un novo persoal de enfermaría, quen preguntou para que servía unha campaniña se sobremesa que había na sala de sesións clínicas; a secretaria díxolle que era para chamar á enfermeira, para que entrara na sala de sesións a levarlles e colocarlles as historias, as placas dos RX ou mandar pasar o paciente, cando llo ordenaran os médicos, porque ao persoal de enfermmería no se permitía estar presente mentras se estudiaba sobre que decisión tomar con cada paciente. A enfermeira botou a campaniña de inmediato a bolsa do lixo, e a “trifulca” que se montou pola desaparición de tan valioso instrumento foi soberana. A enfermmería negouse a ser chamados con campaniña e a realizar eses traballos, advertindo que se non podían estar presentes no desenvolvemento da sesión, que non entraban na sala absolutamente para nada; a Dirección de Enfermaría decidiu, para saír do paso, que sería unha auxiliar de enfermaría a que se encargaría de realizar eses traballos, con posterioridade, no ano 2007 fíxose cargo da consulta unha nova enfermeira que novamente volveu asumir estas funcións, os médicos volvéronlle levar a campaniña, que foi o único que non aceptou. (Nº 67. Home. DUE. 53 anos)

A comparación e o mirarse no espello da disciplina médica é unha constante. Os médicos non teñen porqué saber cales son as funcións dos profesionais da enfermaría, son estes mesmos os que as teñen que coñecer.

... a veces ni los médicos saben cuales son nuestras funciones ... (Nº 46. Home. DUE. 43 anos)

Informar o paciente da súa situación é unha función que realiza o médico responsable do enfermo, a enfermeira limitase a dicir “pregúnteselo al médico”, debaixo desta inocente resposta pódese agochar a non asunción de responsabilidade, pero tamén a incompetencia, a ignorancia ou falta de coñecementos que se pode observar no persoal da enfermariapor parte da persoa que recibe esta resposta

... no informamos, siempre les derivamos a medicina, como si nosotras no participáramos en sus cuidados, como si no supieramos de que va el tema (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

A tan demandada autonomía na profesión, ten que ser conseguida polos profesionais, asumindo responsabilidades dunha forma clara e concreta e non descansar en que certas actividades están baixo a supervisión ou pertencen a outros profesionais.

Reclamaría más independencia para el trabajo de la enfermería, que de momento trabajamos siguiendo pautas que no son las nuestras. (Nº 47. Muller. DUE. 40 anos)

... cada vez tenemos más independencia que bueno también es un reto que tenemos que asumir una responsabilidad que espero que se nos prepare bien para poder asumir todo eso. (Nº 45. Home. DUE. 29 anos)

A autonomía segundo apunta o seguinte profesional está freada polos médicos, que non teñen coñecemento do traballo enfermeiro. A autonomía e mailo cambio, ven de fóra, da visión dos usuarios.

Muchas veces los médicos se creen que estamos ahí por y para ellos y realmente los que saben un poco de esto, bueno los que sabemos de esto, sabemos que tenemos un trabajo muy independiente, bueno hay cosas que si son dependientes pero nuestro trabajo es en gran parte independiente... El cambio se está dando ya, la independencia, de la visión que la sociedad tiene hacia nosotros ... eso ya está cambiando. (Nº45. Home. DUE. 29 anos)

Pola contra a seguinte informante continúa observando, socialmente, unha visión tradicional dos profesionais da enfermaría, dita labor consiste en ser axudante.

... cambiaría un poco la mentalidad de las personas en cuanto al rol de la enfermería, porque en esta sociedad gallega concretamente, o lucense, aún existe una idea generalizada de que la enfermera es la ayudante del médico o de otros profesionales. (Nº 41. Home. DUE. 29 anos)

Uns parágrafos máis arriba podíamos observar o trato servil que os médicos dun determinado servizo daban á enfermeira, empregando unha campaña para chamala. O seguinte informante, non especifica en que observa o trato servil que verbaliza dunha forma clara e directa.

No me gusta el trato que recibimos de los médicos, no es mi caso, pero a veces es un trato de servilismo, en este momento todas las funciones son dependientes del médico. (Nº 41. Home. DUE. 29 anos)

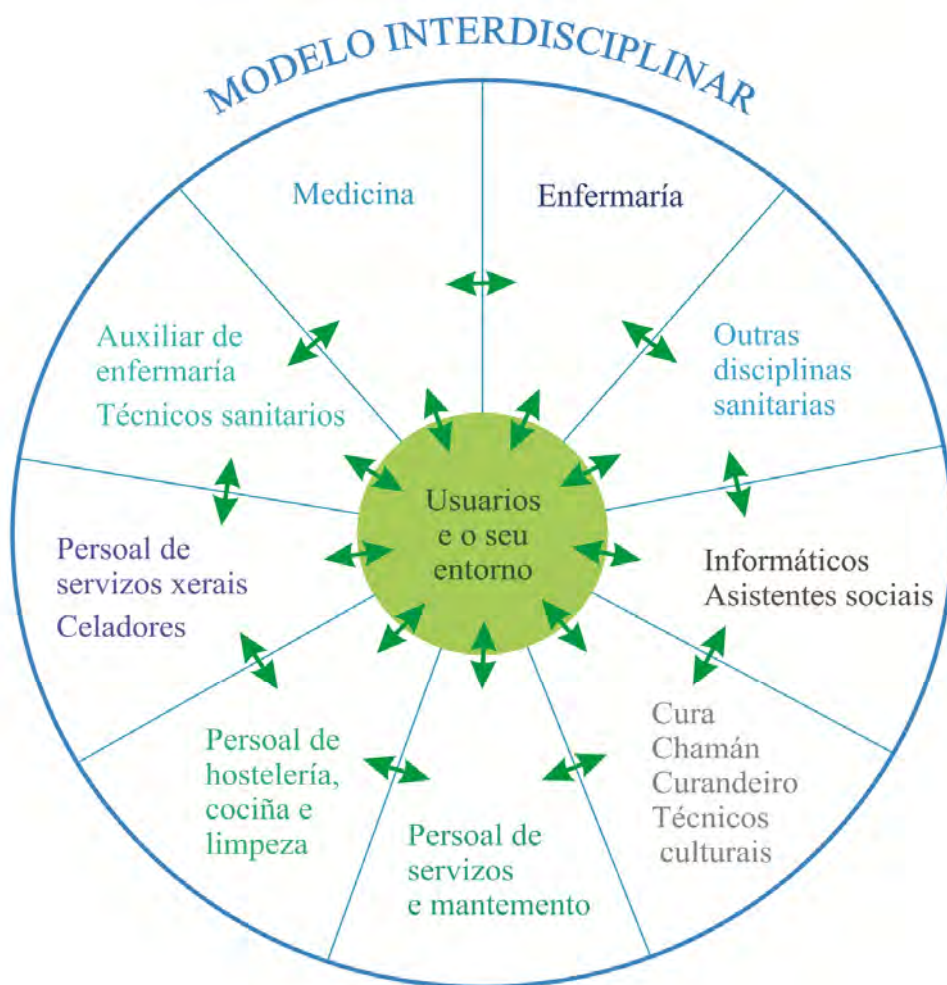


Figura 37. Modelo Interdisciplinar

Fonte: Elaboración propia

Tamén constatamos a demanda e funcionamento dun equipo interdisciplinar, como podemos observar nos seguintes discursos.

Mejorar la organización entre los diferentes profesionales del equipo y más colaboración. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

O seguinte informante fai notar a importancia do labor enfermeiro a un nivel multidisciplinar, pero non como iguais senón como auxiliares eficientes, que facilitan o seu traballo.

... existe colaboración, desde luego, si no nuestra labor sería imposible. Cuando pasamos visita, los enfermeros encargados nos acompañan para informarnos sobre los cambios del paciente, si lo hubo, o si manifestó algún problema; así ellos pueden tomar

notas de los cambios que decidimos y agilizamos mucho el proceso, evitando además que se confundan los enfermos. (Nº 73. Home. Médico. 45 anos)

Outro sinal da xerarquía piramidal, fortemente establecido no traballo dentro do hospital, obsérvase no discurso da seguinte informante cando sinala que o persoal que se encontra dous chanzos máis arriba, dentro desta estrutura, non ten relación con ela ou esta é escasa.

... Os médicos có auxiliar non teñen relación laboral para nada ou case nunca. (Nº 71. Muller. Auxiliar de enfermaría. 35 anos)

No referente á xerarquía dentro da propia profesión, xa sinalamos neste mesmo punto, como polo xeral os postos nos chanzos superiores están ocupados por homes, neste caso, de vinte e cinco enfermeiras o supervisor é un home. No seu discurso observamos como se sitúa por encima das súas compañeiras exercendo unha xestión autoritaria dende arriba cara abaixo, neste modelo a participación das bases acostuma a ser pouca, o que non impide que as relacións persoais sexan cordiais.

... yo, como supervisor, llevo una buena relación con mis compañeros. Está claro que yo soy la figura referente, soy la punta de la pirámide dentro dela unidad a nivel de enfermería y auxiliares, pero no me impide tener una buena relación con ellos. Está claro que a veces tengo que decir cosas que ellos no dicen, o dar determinadas órdenes, que gustan o no gustan, tomar determinadas decisiones que gustan o no gustan, pero no impide que la relación sea buena. (Nº 74. Home. Enfermeiro. 40 anos).

Apesar de que os homes son os que acostuman acadar os postos xerarquicamente superiores, a informante considera que é unha cuestión política, non de xénero. Este discurso saca a colación unha cuestión importante, xa que se fai notar que as xerarquías na sanidade dependen dun poder político, sen ter en conta parámetros profesionais.

Este tema é preocupante pois a profesión non terá autonomía namentres sexan os políticos os que nomean as cúpulas profesionais, dentro dos establecementos sanitarios, sen ter presente a formación ou as calidades profesionais

... como os homes son unha minoría ... pois o mellor ... a ves desde outro aspecto diferente, pode se cadra, chegar a conseguir cargos mais altos, pero porque é unha minoría ... non teñen por que ser diferentes ... nos casos que eu coñezo non o son ... eu creo que o tema dos directivos e de todos ese altos cargos ... e mais ben tema político, entonces eu creo que no intervén para nada o xénero. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría-Estudante de enfermaría. 30 anos)

Esta informante sinala como no caso da enfermaría, dun xeito ou de outro, sempre está presente a medicina formando parte do chanzo superior dentro da

pirámide xerárquica. Esta estrutura segundo sinala, é posible que sexa menos patente, noutras profesións que se considera están no mesmo chanzo que a enfermaría.

... a enfermaría está por debaixo da medicina ... se alguén ten idea de ser médico non lle gustaría estar por debaixo doutros profesionais ... outras carreiras sanitarias teñen mais liberdade profesional, mais independencia, como a fisioterapia ... aínda que non estas directamente por debaixo do médico ... él é o que che vai dar as ordenes, pauta medicación, él é o que che vai dun ou doutro modo mandar facelas cousas, na fisioterapia podes ter máis decisións propias ... autonomía hai, o que pasa é ... que mais ben obedeces ordenes. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría- Estudante de enfermaría. 30 anos)



M^a Teresa González Enfermeira Xefe do Ambulatorio no centro da imaxe rodeada polo Director do INP de Lugo, o Director médico do centro sanitario e persoal de enfermaría.

Figura 38. Autoridades visitando o Ambulatorio do Seguro Obligatorio de Enfermidade (1957)

Fonte: Retrato cedido por M^a Teresa González Regueiro.

A informante que ben de seguido busca unha explicación para que os homes, sendo menos en número dentro da profesión, ocupen postos de dirección en maior proporción. Fai notar como esta circunstancia ben dada pola visión cultural e social, pois a muller ten que se ocupar da prole, a pesares de estar inserida no mundo profesional ao igual que os homes; con todo, polo feito de ser muller, ten que asumir os coidados familiares, cousa á que o home non está suxeito, o que lle permite ocupar postos máis relevantes dentro da pirámide xerárquica da profesión.

... os homes tanto na dirección da enfermmería coma nas supervisións están en minoría, a inmensa maioría son mulleres. De tódolos xeitos é verdade que non só nesta profesión, senón en moitas outras ... polo papel que temos as mulleres de nais, pois moitas veces nos esixen máis dedicación á familia, aos fillos mentres son pequenos, por eso fai que os homes se dediquen dunha maneira máis ... lle dedican máis tempo á súa

profesión. Se lle dedican máis tempo pois tamén poden estar en postos máis relevantes. Supoño que no mundo da nosa profesión pode pasar eso tamén. Moitas mulleres deixan de facer cousas dentro da profesión para atender á casa e aos fillos. Os homes son os que máis se dedican dunha maneira máis completa á súa profesión e poden promocionarse máis. (Nº 78. Muller. Enfermeira. 47 anos)

A profesión enfermeira tivo que cambiar o seu xeito de traballar coa entrada en vigor do Real Decreto 954/2015 de 23 de outubro de 2015 polo que se regula a indicación, uso e autorización de dispensación de medicamentos por parte dos enfermeiros e no que é imprescindible que cada usuario dispoña dunha prescrición médica para que os profesionais de enfermmería lle realicen curas con produtos médicos, ou lle administren vacinas, ou outros medicamentos dun protocolo xa establecido. Dándose casos totalmente esperpénticos, nos que o enfermeiro traslada o estado da lesión o médico e este, lle pregunta ao primeiro que quere que lle prescriba, por non ter coñecementos nin formación sobre como tratar esa lesión. Noutros casos o médico prescribe o que lle di a enfermmería, por que é quen está observando a evolución diaria da lesión, os menos queren ver eles a evolución da lesión (restándolle credibilidade os profesionais de enfermmería) véndose a enfermmería obrigada a programar o seu traballo en función da dispoñibilidade do médico, ou ben estar co usuario de paseo dunha consulta a outra, sempre cun menos prezo total cara o usuario, quen máis sofre as consecuencias, e cara os profesionais de enfermmería a quen non se lles considera capacitados para realizar un diagnóstico sobre os coidados a impartir.

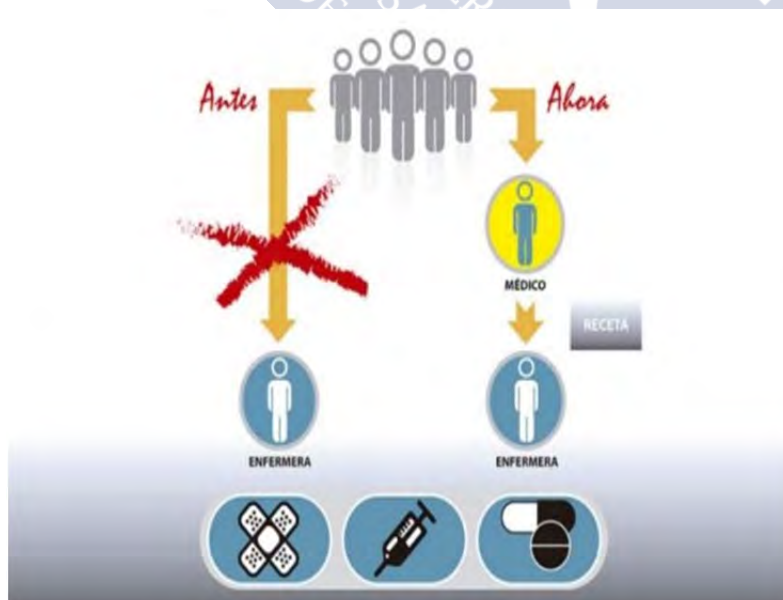


Figura 39. Prescrición de enfermmería antes e despois do RD. (Decembro 2015)

Fonte: Bitácora enfermera. (González Jurado, 2016)

Sen entrar neses casos, temos aqueles nos que por protocolo a enfermaría aplicaba uns medicamentos ao usuario para poder realizar os procedementos habituais, tendo que deixar de realizar estas practicas, por imperativo legal, e que viña facendo dende décadas atrás.

Fomos coñecedores de moitos problemas, que se resolveron grazas ao bo facer dos profesionais da enfermaría, quen se sentiron vilipendiados polos poderes médicos, con todo souberon antepor o benestar do usuario sempre en primeiro lugar. En todos eles a presenza da xerarquía médica foi relevante e avasaladora.

Dous tres casos, que non podemos deixar de citar aquí, ímolos considerar o resumo de moitas das observacións e informacións que puidemos recoller o respecto.

Un deles acontece despois do nacemento dun neno cando o facultativo correspondente é chamado as 3 da madrugada para que paute o colirio que se lle debe de administrar o recen nado e que a enfermaría non o vai facer por non estar prescrito, o médico en cuestión contesta que non son horas e que é responsabilidade da enfermaría esa situación. O seguinte día a enfermaría do servizo en cuestión é ameazada polo xefe de servizo con abrir un expediente disciplinario a quen adopte esta postura, cando que está realizando unha mala praxe profesional é o médico e non a enfermeira. (Nº 47. Muller. Enfermeira. 40 anos)

Outro dos casos deuse na AP cando un usuario acode a súa consulta de enfermaría de cupo a realizar o lavado do depósito subcutáneo do que é portador, como facía cada corenta e cinco días. O profesional de enfermaría comunícalle que a nova lei llo impide facer, polo que debe de ir o servizo correspondente en AE para que lle dean a súa prescrición. O usuario que o día seguinte tiña consulta na AE, comunícallo o médico, que se bota a rir, e en lugar de darlle a prescrición entrégalle un folleto sobre como a enfermaría debe de realizar o lavado. Esta incidencia comunicáselle a Dirección de Enfermaría, que ese mesmo día remite, como debe de ser a prescrición médica que debe de axuntar o usuario. A enfermaría sinálalle o usuario que isto non é unha prescrición e que a técnica de lavado do depósito xa a coñece; con todo e para non “marealo” que lle vai realizar o lavado a sabendas de que realiza unha practica ilegal. O usuario ese mesmo día presenta unha reclamación por escrito, transcorridos trinta minutos a Dirección de Enfermaría chama á Coordinadora de Enfermaría do Centro para pedir explicacións e botar unha “bronca” polo sucedido. A coordinadora, non se fai responsable da actuación dese profesional e pásalle a chamada directamente, tendo que explicar o profesional o motivo polo que le cumpre a lei, e recibindo instrucións claras, telefónicas, de que o usuario non pode quedar sen atención sexa legal ou non. Evidentemente como non se dan estas ordes por escrito o profesional quédase coa bronca e o cabreo correspondente e non pode actuar contra ese directivo que lle indicou que incumpriera a lei. (Nº 28. Home. Enfermeiro. 57 anos)

O terceiro relato que imos verter aquí acontece na AE nun servizo, no que a profesión enfermeira se manifestou en contra de administrar medicación como viña facendo de xeito protocolario nas súas intervencións e por perder o protocolo a validez deben o médico asinar a prescrición de cada medicamento na historia de cada usuaria. O médico xefe de servizo contando co beneplácito da supervisora de enfermaría da unidade mandou colgar nun taboleiro situado na sa de garda, no que se anotara o persoal de enfermaría que ía cumprir a lei e o que non anotouse todo o persoal de enfermaría por medo as represalias dadas as ameazas que directa e indirectamente estaban recibindo dos médicos e da supervisora, que para non ver perigar o seu “comodo” posto se situou do lado do xefe de servizo. (Nº 82. Muller.Enfermeira. 40 anos).

Estes casos falan por si sos da influencia da xerárquica da disciplina médica no desenvolvemento da profesión enfermeira.Cando en teoría non se da esta xerarquía, pero observamos como na praxe cotiá si.

Moitos médicos continúan sen contar coa enfermmería cando se trata de ofrecereducación para á saúde á poboación, como exemplo temos o seguinte relato sobre un evento celebrado recentemente no HULA. Trátase dun foro aberto baixo o título “*A enfermidade de Alzheimer e outras demencias*”. Este foro, supomos estaba organizado pola Xefatura do Servizo de Xeriatria deste hospital. Estaba dirixido a traballadores e usuarios en xeral. Dado que este padecemento é de longa duración precisando coidados de enfermaría. Os profesionais de enfermaría deberían proporcionar formación aos coidadores informais que se responsabilizan do enfermo en cuestión. Son os servizos de Enfermaría de Xeriatria e de AP, os responsables destes coidados. Chamou a atención o programa a desenvolver neste foro tanto polos relatores, como polo contido, botando en falta a presenza dos profesionais da enfermaría. O foro estaba moderado polo xeriatra, xefe do servizo do HULA, nel participaban un médico especialista da Área de Neuroloxía, unha médico especialista na Área de Xeriatria, e unha traballadora social. A enfermaría estivo ausente na mesa deste evento.

A conclusión pódese ler de varias formas cun mesmo resultado: dende o prisma dos organizadores a enfermaría non ten nada que aportar neste tipo de enfermos; o traballo da enfermaría resulta invisible dende o punto de vista xerárquico; ou ben se prescinde da enfermaría dun xeito consciente para que non faga sombra a outras disciplinas. En todo caso o resultado ben a ser o “ninguneo” cara aos profesionais da enfermaría, que realizan o seu traballo nesta unidade asistencial.

A xerarquía ten moitos brazos para que a estrutura se manteña, non so dende fóra da profesión tamén dende dentro. Esta estrutura piramidal sustenta o modelo biomédico, que está en contraposición co modelo holístico dos coidados e que

propugna un sistema multidisciplinar baseado en traballar por e para o usuario, non para outro estamento ou disciplina.

Deixamos para este mesmo capítulo noutro punto a análise da perpetuación do modelo através do poder exercido dende o control do saber.

4.3.3. O espazo e mailo tempo

Dous parámetros fundamentais son imprescindibles á hora de facer un estudo sobre os coidados enfermeiros. Trátase do espazo e mailo tempo. No que se refire ao espazo os usuarios fálannos de proximidade dos profesionais, de sentilos cerca ou no seu lugar. Estes sentimentos, van unidos a outros, como son a sensibilidade, amabilidade ou a dozura, todos eles relacionan a medida espacial de proximidade con sentimentos de tranquilidade e confort. Outra dimensión do espazo ven marcada polo lugar onde son exercidos os coidados: o propio domicilio, o centro de AP ou o centro de AE presentado uns e outros maior o menor proximidade con relación ao usuario.

Os espazos de exercicio profesional da enfermaría son primordialmente as institucións de saúde, nas que convive con outras disciplinas, todas con áreas de coñecemento delimitadas e un corpo de saberes propio... hai polo momento unha cultura dominante: o modelo médico.(Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermería, 2010)

No caso do tempo, ocorre algo semellante. Mídese a calidade dos coidados segundo o tempo de reacción, de asistencia, de duración dos coidados. Así, segundo Silex (1999), o tempo pódese clasificar pola súa duración e as súas correspondencias de situacións, de saúde – enfermidade, correspondéndolle a cada tempo uns coidados concretos e diferenciados ao igual que a cada espazo.

Xuntando estes dous parámetros pódense dar máis combinacións que deben ser coñecidas e manexadas de maneira profesional pola enfermaría. Tamén varían en función da combinación doutros xa analizados como o xénero, a xerarquía o a técnica, todos eles interrelacionados como estamos vendo no desenvolvemento desta investigación.

No caso do informante que segue observase unido á variante do xénero o sentimento do espazo no caso da proximidade.

Más cercana la de una mujer que la de un hombre, ahí si te puedes ver perjudicado... tal vez el respeto y la figura más importante (los usuarios) la ven en un hombre, y a una mujer la ven como alguien más cercano, con la que hablar y que tiene más sensibilidad y que escucha mejor, demostrar que las cualidades no dependen del sexo sino de la persona que las tiene ... la figura del hombre siempre va más relacionada con un puesto más alto de respeto. (Nº 74. Home. Enfermeiro. 40 anos)

O espazo e maillo tempo teñen gran relación coa xerarquía do modelo biomédico si se analizan dende o punto de vista do control do saber como fórmula para perpetuarse no poder. A finais da primeira década do presente século, coa reforma dos estudos en aplicación do Plan Bolonia, no referente ás ensinanzas da profesión enfermeira, encontrámonos con que estas reformas requirían que o persoal docente estivese en posesión do título de Doutor.



No momento actual a Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo, conta cunha trintena de profesores dos que só unha é doutora enfermeira dende abril do 2016. Na foto, a profesora Ana Goy Diz (a esquerda), directora da Tese Doutoral de Maria Jesús Regueiro Burgo (a dereita), na que se aborda un estudo interdisciplinar dos hospitais lugueses entre 1621 e 1930.

Figura 40. Lectura da Tese Doutoral da enfermeira Maria Jesús Regueiro Burgo (2016)

Fonte: USC (Xornal da USC, 2016)

O persoal de enfermaría, que exercía a docencia nas Escolas Universitarias só estaba en posesión da titulación de Diplomado agás contadas excepcións. Para continuar exercendo a docencia, este persoal precisaba continuar os estudos para acadar o doutoramento e non podía acadalo dado que non se ofertaban prazas suficientes de acceso a un Máster, requisito este imprescindible. O número de persoas que neses momentos exercían a docencia era superior a este número de prazas ofertadas, o que suporía que serían outras disciplinas, que xa contaban con doutores, as que ocuparían o lugar dos enfermeiros docentes nun medio prazo. Deste xeito, a enfermaría continuaría a seguir formada por persoal médico. Xoga aquí especial importancia o tempo así como o espazo.

Hoxe en día os médicos ocupan lugares relevantes nas facultades e máis nas escolas de enfermmería. No caso da Escola Universitaria de Enfermería de Lugo, realizábase un Máster en Xestión, que daba a posibilidade a que o persoal de enfermmería obtivese unha maior formación neste aspecto da disciplina á vez que daba acceso a posibilidade do Doutoramento. A dirección do Máster (médica) optou por abrir a matrícula a outras disciplinas de Ciencias da Saúde reducindo o número de prazas para enfermmería ao tempo que prescindía dos enfermeiros presentes na Comisión Académica. Este Máster rematou con contados alumnos dadas as dificultades de acceso ao mesmo .(Nº 68. Home. Docente en Enfermería. 50 anos)

O caso do Máster ofertado pola USC de Atención Sanitaria, Xestión e Coidados (Especialidades de Xestión e Clínica) é un exemplo, onde non se facilita o acceso ao persoal de enfermmería, estando aberto a outras disciplinas. E para acceder a outros Máster hai que posuír determinadas titulacións ás que se dá preferencia.

A especialidade Clínica está dirixida a titulados en Enfermería, Podoloxía ou Medicina. A especialidade de Xestión está dirixida aos titulados incluídos no especialidade clínica e aos titulados en Farmacia, Ciencias Empresariais, Xestión e Administración Pública, Administración e Dirección de Empresas e Psicoloxía. (USC. Oficina de Información Universitaria (OIU), 2015)

Os seguintes autores elaboran unha radiografía clara e precisa sobre a utilización do espazo e mailo tempo por parte do modelo biomédico coa finalidade de seguir exercendo o poder, conservando a xerarquía exercendo a dominación sobre a profesión enfermeira, quedando esta excluída do poder central.

O modelo médico é referido como o que prima na sanidade, modelo curativo, biolóxico sostido polas grandes corporacións farmacéuticas. Permanece por longo tempo nas sociedades occidentais. Este centralismo é unha forma de exercer a atención á saúde, que bloquea o desenvolvemento doutras disciplinas. Este desenvolvemento complicase por que os saberes nunha sociedade organizada dende un modelo androcéntrico, están xerarquizados. As mulleres permanecen nun lugar secundario. Baixo esta estrutura organízanse todos os espazos de atención sanitaria. No sistema de saúde exerce unha hexemonía, o que fai que os outros profesionais da saúde, sexan vistos nun plano secundario. Esta dinámica de dominación de clase e sexo, establece unha estratificación e exerce a dominación. A enfermeira está excluída do poder central médico, contraponse a el por ser un potencial de competencia e por constituír a forza de traballo manual que precisa a medicina para expandirse e prosperar. (Villela, Guil, &

Lara, Género, poder /saber: unsa cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)

A xestión do tempo no mundo dos coidados supón unha responsabilidade de gran importancia de cara á saúde dos profesionais e máis da calidade dos coidados exercidos por estes.



Figura 41. A continuidade dos coidados no tempo

Fonte: Telemundo (Telemundo, 2015)

Un dos factores que repercuten de maneira máis negativa na saúde dos profesionais son as rotacións e mailo traballo de noite. Síndromes como o de *Burnout*, insatisfacción laboral, alto esgotamento emocional, alta despersonalización, baixa realización persoal, fatiga, o problemas diversos de índole persoal e familiar conxúganse na vida dos profesionais e repercuten na calidade asistencial que estes prestan. Existen diversos estudos que avalan os efectos negativos do traballo a quendas e o traballo de noite non só no ámbito sanitario, no obstante é preciso recordar que tanto enfermeiros como o resto de categorías sanitarias traballan con persoas e vidas humanas.

O esgotamento inclúe un maior risco de cometer erros, peor calidade de atención, posibilidade de que o benestar se vexa comprometido ese produza un aumento do absentismo. As horas extra, especialmente cando se combinan con quendas de máis de doce horas son perigosas para os pacientes e as enfermeiras, tal e como xa publicaron na revista *Medical Care*, en novembro de 2014. A concentración de quendas podería afectar á habitual proximidade da enfermaría co paciente e os seus familiares.

Sería desexable incluír un descanso mínimo de trinta minutos durante a xornada de traballo, evitar a rotación día – noite, e as

enfermeiras non deben traballar mais de cincuenta horas á semana. (Romero, 2015, pp. 7-11)

Un argumento que acostuma utilizarse dos coidados respecto do tempo é que os coidados de enfermaría son continuados. Isto é real no marco hospitalario da AE así como no marco da AP.

O comentario do seguinte profesional demostra a mala xestión do tempo e de persoal por parte da xerarquía, dado que deixa ver que os recursos humanos son insuficientes no tempo para realizar unha atención holística aousuario, estando sobrecargado o persoal de tarefas pouco asumibles no tempo dunha quenda.



Figura 42. O cambio de quenda

Fonte: Blog Estándares de cuidados (Estándares de Cuidados de Enfermería, 2013)

Tamén observamos como o tempo dos coidados non se axusta co tempo de atención directa, levando ao seu propio espazo e tempo persoal o traballo como continuación da quenda.

En la responsabilidad de la enfermera está el no dejar ningún cuidado de su turno para el siguiente. Antes se queda a hacer horas extras que dejar para el siguiente turno tareas que debería de haber hecho ella. Incluso dentro de su tiempo y espacio personal recuerda por teléfono a su relevo cosas que pudo olvidar. (Nº 81. Home. Enfermeiro. 40 anos)

A continuidade da atención no tempo, tamén lle reporta ao profesional unha satisfacción persoal.

Hacer la cura de una úlcera y comprobar que cada día va a mejor es decir, el seguimiento de un paciente día a día, es lo que me gusta de mi trabajo. (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

O seguinte comentario foi escoitado a unha compañeira de AP nun Punto de Atención Continuada (PAC). Nel deducimos que non se realiza unha continuidade de coidados, en contraposición co dito anteriormente.

... Comprendo que usted trabaja y no puede venir por las mañanas a su enfermera. Yo no tengo inconveniente en poner estas inyecciones a las seis de la tarde, pero si tengo una urgencia o una emergencia, usted queda sin atender. (Nº 67. Home .Enfermeiro. 53 anos)

Alicia González Navarro di, *“non considero que sexa a quenda a que causa problemas aos profesionais da enfermaría, porén cuestionase que sexa a falta de persoal, a falta de recoñecemento, e de mimo por parte dos que dirixen cara o persoal. Será porque non somos mais que un número dentro dunha profesión tan humana?”*... (Romero, 2015, pp. 7-11)

As direccións tratan de axustar o tempo de traballo de tal forma que sexa produtivo, sen importar que se adapte á conciliación familiar e social do persoal da enfermaría. Así se estudan quendas de doce horas continuadas, quendas antiestrés pero non se miran os rateos do persoal que presta a asistencia.

As coñecidas como *quendas antiestrés* consisten en realizar dous días de mañá, dous de tarde e unha noite, e dous ou tres días libres, o que non implica que solucione os problemas ocasionados polas quendas, pois estes persisten.

Jorge Edeso Hedo quen di, *“cos rateos terceiromundistas que temos non me imaxino un turno de doce horas. Aparte de que estas quendas poidan servir de excusa para amortizar (aínda máis) prazas, e vexo complicado conciliar nada con esa quenda”*... (Romero, 2015, pp. 7-11)

A saúde do profesional vese resentida polo traballo distribuído en quendas, nos seguintes casos non queda reflectido que teña influencia directa sobre a atención ao usuario.

... el descontrol por los turnos rotatorios, porque comes a distintas horas, tienes distintos horarios para dormir ... (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

... la falta de tiempo y de recursos humanos y materiales. No puedes pasarte todo el tiempo que quieras y sobre todo en determinados turnos como los de noche que trabajas a contrarreloj y vas acumulando poco a poco estrés ... hehehehe!!, el síndrome del profesional quemado. (Nº 42. Home. DUE. 23 anos)

A proximidade resulta moi importante e é algo moi valorado polos profesionais de AP, así como a continuidade da atención ao usuario, non só na enfermidade senón tamén na saúde.

El trato con el paciente y familia es muy directo, nos conocemos, podemos llegar a ser amigos ... la gente es muy agradecida, en el hospital parece que están esperando que tu “falles” para criticar o poner demanda... Me encanta primaria, es una asistencia permanente en la vida y salud del paciente. (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)

O tempo neste caso está relacionado coa idade do profesional, únese á mala praxe e atención ao usuario. Segundo este informante, a maior idade do profesional, menor calidade na atención así como mala xestión do tempo de traballo.

... en la mayoría de los sitios nuestros compañeros, tanto médicos como enfermeros, son gente que lleva mucho tiempo en primaria, o llevan mucho tiempo en hospital y recién aterrizados en primaria, están “quemados” y pretenden vivir de “gorra”. Entrar tarde y salir temprano. (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)



Figura 43. PAC Concello de Becerreá (Lugo)

Fonte: Concello de Becerreá. Servicios Municipales. (Concello de Becerreá, 2004)

Con respecto ao tempo, a diferenza entre a AE e a AP está en que na primeira, o persoal non xestiona o tempo directamente mentres que na segunda pode facelo. Esta circunstancia, vai a facer que o persoal de AP estea máis satisfeito que o persoal de AE.

... en hospitalización ... la falta de tiempo para realizar unos trabajos de calidad ... en primaria tenemos bastante tiempo para nuestro trabajo y tu eres quien organizas el trabajo. (Nº 21. Muller. DUE. 27 anos)

O contacto continuado no tempo é tan importante para a enfermaría, que os profesionais de servizos especiais como urxencias ou emerxencias precisan coñecer a evolución do usuario, con posterioridade a súa atención.

Por mi puesto de trabajo (061) el contacto continuado con el paciente, tan importante en la enfermería, no está presente, pero te sientes igual de involucrado cuando sigues la evolución y su estado mejora, o se le ha hecho todo lo posible; sabes que el primer enfermero con el que ha tenido contacto has sido tú. (Nº 22. Home. DUE. 25 anos)

El contacto con la gente y ver que les ayudas ¿sabes? ... Que cuando ves que van bien ... te sientes reconfortado. (Nº 26. Muller. DUE .35 anos)

Nestes servizos especiais tamén o tempo é unha peza clave. A presión do paso do tempo xoga en contra do usuario e mailo profesional, que en moitas ocasións non é capaz de ofrecer uns coidados de calidade.

A veces en mi puesto de trabajo estás solo, sin un compañero que te pueda echar una mano... la falta de tiempo; a veces impera la rapidez sobre la perfección en lo que tú tienes que hacer, y aunque externamente la gente piensa que una buena atención es lo rápido que atiendes, eso no significa que tu trabajo esté bien hecho. (Nº 22. Home. DUE. 25 anos)

Lo que menos me gusta de la enfermería es la falta de tiempo para atender a distintos pacientes. (Nº 24. Home. DUE. 28 anos)

Contamos con muy poco tiempo para trabajos propios de enfermería. (Nº46 .Home. DUE. 43 anos)

Algúns profesionais consideran que as anotacións realizadas na historia mailo seguimento da evolución do usuario,restan tempo para unha boa atención clínica. Non son conscientes de que unha boa praxe leva consigo non só a atención directa sobre o usuario, ademais hai que facer undiagnóstico de enfermaría e unha programación dos coidados de tal forma que o traballo do profesionalnon só quede nun conxunto de actividades e así poder avalialo e xustificalocon corpus teórico disciplinar. Non lle ven un obxectivo, quizais por que ninguén lle lo explicou

... disgústame a burocracia do sistema, porque todo se volven papeliños e notas e ordenadores, que iso o que fai e privarlle ao paciente de ter una atención correcta, porque lle quita tempo. (Nº 27. Home. DUE. 51 anos)

... os papeis, que teñen pouco que ver co traballo técnico, que absorben bastante tempo, aínda que tampouco é moito o traballo burocrático que podemos ter cando os Persoal de Servizos Xerais (PSX) funcionan ben... que funcionan ben,...pero bueno, con menos papeis sería importante e menos teléfono. Un dos cambios que faría na forma de traballar sería descargar o traballo burocrático. (Nº 28. Home. DUE. 57 anos)

... a cantidade de papeleo que hai que facer,... escribes as mesmas cousas en vinte sitios diferentes e perdes moito tempo. (Nº 29. Muller. DUE. 36 anos)

Segundo sinala a seguinte informante esta dedicación aos labores administrativos, que supoñen o estar máis próximo no espazo ao enfermo restan tempo polo que compre delegar algunhas actividades na auxiliar de enfermmería.

... la sobrecarga de trabajo. El dedicar más tiempo a labores administrativas que al enfermo. La cantidad de actividades que tenemos que delegar en el auxiliar por falta de tiempo. (Nº 39. Muller. DUE. 29anos)

Tenemos que hacer mucho en poco tiempo ... algunos días es imposible hacer el trabajo. (Nº 47. Muller. DUE. 40 anos)

Cando se fala con profesionais que traballaron en AE e agora o fan na AP, consideran o contacto cos usuarios máis próximo, cando podería parecer que na hospitalización se dá un contacto máis achegado. Os coidados ao realizarse en distancias máis curtas son máis personalizados, humanizados, non técnicos ou mecánicos.

...no centro de saúde o contacto é máis directo coa xente, máis íntimo, máis cotidiano, a diferenza da especializada que é máis tecnolóxica, na que esqueces moito máis a xente, como persoas, aquí é moito máis humano o trato diario, coñecer a xente, a súa familia, coñecelos polo seu nome. (Nº 28. Home. DUE. 57 anos)

...de Atención Primaria, o que máis me gusta é o contacto que tes co paciente, o contacto é moito máis estreito e acabas coñecendo case todo na vida deles. En moitas ocasións é a nos a quen lles contan os problemas antes que ao propio médico. (Nº 29. Muller. DUE. 36 anos)

Algún profesional observa mal uso do tempo por parte dalgúns compañeiros, o que segundo lle parece leva consigo mala praxe profesional.

... se van de compras en el medio de la jornada... hacen mal uso de nuestra profesión. Se limitan a mirar tensiones y poner parches, "sin ton ni son"... (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)

O seguinte informante considera que si se lle dedica máis tempo ao usuario mellora a calidade dos coidados.

... creo que el paciente nos agradecería que nos parásemos con el un poco más de tiempo, haciendo un trabajo más serio y profesional y mejorar así la asistencia al paciente. (Nº 22 .Home. DUE. 25 anos)

O espazo no que traballa a enfermaría é un campo de batalla por ocupar o seu lugar, porque non llo quiten outros profesionais, por adquirir un novo, por defender o

que conseguiu e mailo que quere conseguir. Un dos espazos que se atribúe é o de mediador, intérprete, *amortiguador*. Unha das súas características espaciais é a accesibilidade na comprensión, na linguaxe, en definitiva na proximidade, no sentido máis amplo da palabra.

... los enfermeros somos la primera línea de batalla de la sanidad, somos los que estamos en las trincheras, lo mejor es el contacto directo con el paciente. Además actuamos de filtro con otros estamentos que son menos accesibles y menos comprensibles. (Nº 46. Home .DUE. 43 anos)



Figura 44. Realidade da enfermaría

Fonte: Blog enfermera de trinchera (enfermera de trinchera, 2015)

O profesional sente satisfacción cando pode estar cerca do usuario. É frecuente escoitar a frase de que “*a enfermaría está a pé de cama do enfermo*”, para indicar esa proximidade que teñen os profesionais cos usuarios.

... es muy reconfortante el trato tan cercano que tenemos con el paciente. (Nº 47. Muller. DUE. 40 anos)

O tempo específico de atención, a continuidade no tempo, o estar sempre, o optimizar o tempo ou incluso “inventalo”, incide directamente na mellor saúde e benestar do usuario. Isto é unha clave diferenciadora doutros colectivos e sanitarios que traballan en prol da saúde do individuo. O discurso dos seguintes informantes resulta totalmente explícito e non deixa lugar a dúbidas ao respecto.

... el trato que en general tenemos la enfermería en cuanto al paciente, el tema de estar constantemente al lado de él, estar veinticuatro horas con él, aunque muchas veces no tenemos mucho tiempo, pero bueno sacar tiempo de debajo de las piedras para escuchar sus problemas, de atender sus necesidades y obviamente también lo que te reporta positivo, ... el bienestar del paciente y ver que esa persona se siente

atendida, eso yo creo que es una cosa distintiva, que diferencia a la enfermería del resto de los colectivos sanitarios, de todo tipo de sanitarios. (Nº 45. Home. DUE. 29 anos)

... en relación con outras profesións, somos fundamentais en el cuidado general, en el cuidado diario durante veinticuatro horas. (Nº 41. Home. DUE. 29 anos)

A enfermaría, como xa dixemos, presta cuidados continuos as vinte e catro horas del día. En moitas ocasións este trato tan directo supón unha implicación do profesional a nivel persoal. Ao igual que o comentario que nos facía anteriormente outro profesional, este volve a sinalarnos esta circunstancia dun xeito explícito.

... el trato directo con los pacientes y la relación humana... el trato continuo que tienes con ellos. Aunque tu no estas las veinticuatro horas del día, haces un seguimiento contínu. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

O tempo de atención inflúe directamente na actitude do usuario co persoal que o coida. Pódese observar as diferentes reaccións do usuario co persoal dos diferentes estamentossegundo o sinalan os informantes seguidamente.

... eu creo que cando abre a porta o médico o paciente xa reacciona dunha maneira completamente diferente, cando... realmente quen máis o esta cuidando é a enfermeira. (Nº 76. Muller.Auxiliar de enfermaría-Estudante de enfermaría.30 anos)

... el paciente no suele confundir a la enfermera con el médico, a no ser que sea cosa de personas muy mayores... son dos cosas que el paciente distingue bastante bien, por que el médico va le suelta su rollo , lo que tiene que hacer se le quejan y eso, pero realmente el que está con él, es el enfermero, el que te atiende todo el dia, y no creo que tenga demasiada confusión. (Nº 75. Home. Estudiante de enfermaria. 19 anos)

... de feito o médico pasa moi pouquiño tempo co paciente, e o paciente ... esa diferencia nótaa perfectamente. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría – estudiante de enfermaría. 30 anos)

A falta de tempo, asociase a falta de recursos humanos. Cando esta circunstancia se da, xérase malestar no persoal da enfermaría, que non pode realizar unha atención holística sobre os seus usuarios. Así queda patente nos informantes que nos prestan a súa voz de seguido.

Muchas veces no tienes el tiempo suficiente para hacer ese trabajo que querías hacer perfectamente, el tiempo por ejemplo en una planta que muchas veces tienes muchos pacientes para dos enfermeros. Un turno normal ya te da trabajo y en un turno que se te complique algo, mucho más; si hubiera más personal por planta o por unidad, o el sitio específico que sea, el trabajo sería mucho más llevadero y el trabajo se haría mucho mejor. Yo creo que habría que hacer unos estudios de cargas de trabajo y

dependiendo de cuanto trabajo hay o no, poner más personal, no dependiendo de un número, sino de la carga de trabajo que tengamos. (Nº45.Home.DUE.29anos)

La falta de tiempo cuando trabajas en hospitalización y se te complica un turno, pues no puedes dar el trato al cien por cien como lo harías si tuvieras tiempo, muchas veces también ocurre esto por falta de personal. (Nº41.Home.DUE.29anos)

... a veces trabajas mal por no poder dedicar tanto tiempo al paciente como te gustaría, haces lo básico, pero no puedes dedicar tiempo, por ejemplo hablar con ellos ... aumentaría el personal para trabajar de forma más correcta, así se podría dedicar más tiempo al paciente, por que el aspecto psicológico me parece fundamental en la enfermería. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)



Figura 45. O tempo ligado aos recursos humanos

Fonte: O paso do tempo (Hablemos de psicología, 2013)

Tamén sinala este profesional a importancia de que o persoal de enfermmería non ande dun servizo para outro cambiando de enfermos, cre que inflúe non só na saúde do propio profesional, tamén na calidade de atención dada ao usuario

... la poca seguridad que hai en el trabajo, en el sitio laboral, moviéndose de un sitio para otro no es nada fácil, me genera mucho estrés y aparte de eso, repercute en el buen cuidado del paciente, porque no puedes tratar igual a un paciente que ya es conocido, que a uno que hayas conocido en el momento. (Nº 41. Home. DUE.29 anos)

Tempo, espazo, cargas de traballo e recursos humanos son os catro parámetros, que o persoal da enfermmería sinalou neste punto, que teñen influencia directa nos coidados aplicados dun xeito competente.

4.3.4. A técnica dos coidados

Neste apartado, que dedicamos a estudar a técnica, podemos observar as diferentes formas de contemplar a enfermmería, por parte dos profesionais, o que da lugar a posturas que en ocasións parecen irreconciliables. Este dominio forma parte ao igual cos anteriores dun mosaico que conforman a obra na súa totalidade, neste caso a disciplina é a profesión enfermeira.

Puidemos xa observar como o xénero ten influencia na práctica e na técnica empregada para os coidados, debido a unha serie de características e circunstancias que veñen dadas pola cultura así como pola actividade social.

Unha das características ven reflectida en función do xénero nos comentarios dos seguintes informantes.

O home sempre planifica para el a súa carreira profesional, non pensa na profesión, polo que a profesión non se ve beneficiada das súas actuacións, cando este ocupa postos de dirección. (Nº68. Home. Docente en Enfermería. 50 anos)

O home tende máis a buscar a parte técnica da enfermaría... conciben un xeito de ser e facer a profesión que non é coincidente co que ten as mulleres. (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

A distribución do tempo tamén é diferente segundo o xénero debido as diferentes actividades a realizar polos profesionais.

O turno fixo de noite suele ser pedido máis polos homes, seguramente porque é un traballo máis cómodo, non hai que facer camas e incluso pódese botar unha cabezada. (Nº 68. Home. Docente de Enfermería. 50 anos)

A técnica dos coidados pasa por unha definición do campo de actuación da enfermaría. A día de hoxe no mundo da saúde, faise unha diferenza específica entre coidar e curar, atribuíndolle á enfermaría as funcións dos coidados. Con todo, non debemos esquecer que non hai curación sen coidados, aínda que estes presenten diferentes expresións e formas de enfoque, como así nolo sinalan os diferentes autores.

Na area da saúde diferenciáronse dúas funcións: coidar e curar. Estes dous conceptos, deben ser considerados procesos complementarios, harmónicos e valorados socialmente, as persoas podemos vivir sen tratamentos, pero non sen coidados, segundo di Francoise Colliere. Madeleine Leininger aplica os coidados as diversidades culturais, coidar é un fenómeno universal expresado en accións, estas accións varían ou son diferentes,

segundo as diversas culturas e a partir dos que dan os coidados e dos que os reciben, segundo as percepcións, experiencias e significados... O coidado de enfermmería é complexo e diversificado, a maioría das veces invisible debido á dificultade que existe de especificar a complexidade emocional, subxectiva, e material que inclúe. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: unsa cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)



Figura 46. Técnicas de coidados de enfermmería

Fonte: Noticias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA, 2011)

A profesión enfermeira en moitos casos foi definida como arte, incluso cunha beleza propia que en moitas ocasións lle ven dada polo *desgarradora* e dura que pode resultar a súa práctica ás veces.

... paréceme unha profesión preciosa, parece artística incluso, pero tamén me parece dura, por suposto humana, ética ... (Nº 78. Muller. Enfermeira.47 anos)

Na actualidade, unha das formas de xestión sanitaria máis concorrente na literatura, describe as organizacións sanitarias dominadas polos médicos, que continúan en situación dominante e se resisten á participación das enfermeiras en temas de planificación.

A estrutura sanitaria articulase en torno ao modelo biomédico, centrado na enfermidade, máis que no enfermo, e o tratamento biolóxico. Os coidados aplicados polas enfermeiras, articúlanse de forma secundaria e silenciosa. (Fajardo & Germán, 2004, págs. 9-12)

A técnica na profesión enfermeira supón a realización dunha serie de actividades que como vimos anteriormente poden ser domésticas ou máis especializadas. O que sempre debemos ter presente é que dende as máis elementais ate as máis sofisticadas son imprescindibles para poder realizar unha boa praxe dos coidados.

En moitas ocasións os profanos no coñecemento da disciplina enfermeira ou os que non realizan labores asistenciais non son capaces de entender esta cuestión, como é o caso que traemos a colación.

O presidente da Xunta de Galicia Alberte Núñez Feijoo sostén que, *“darlle comida e facerlle a cama a un paciente non é sanidade”*. (Press, 2012)

O presidente da Xunta de Galicia, Alberte Núñez Feijóo, valora os coidados técnicos que se poidan prestar a un usuario como coidados sanitarios, os coidados básicos ou domésticos non os considera necesarios para a curación do individuo. Ademais de descoñecer a atención holística, observamos no discurso un claro interese económico que intenta xustificar a privatización dos servizos de cociña e lencería na sanidade galega, *“Facerlle a cama a un paciente non é o mesmo que operalo do corazón”*.



Figura 47. Os coidados culturalmente competentes Fonte:
Blog Universidad Autónoma de Madrid (Canal Biblos, 2014)

Hunter (2001), apunta que o sistema de xestión das institucións sanitarias na actualidade responde principalmente a un modelo da ética do mercado e das demandas da competitividade. (Hunter, 2001, pp. 564-571)

Así a enfermaría ve comprometidos os seus paradigmas polos valores de mercado, da oferta e da demanda, cambiando o seu xeito de facer, no que o interese

do usuario debe de estar por riba de todo. Algúns autores como Lawrence (1997), Anessi-Pessina (2001), Gabe (2009), chámalle a este proceso colonización de mercado na atención da saúde.

Para a aplicación con éxito das diferentes técnicas, resulta imprescindible posuír unha visión cultural do usuario co que estamos traballando. Así o ven reflectido tanto a autora como o informante que seguen.

Seguindo a Darriba (1999) cada cultura posúe unha linguaxe propia, esta deriva da utilización dunhas metáforas tamén propias desa cultura específica e máis da súa aplicación. Fora de esa cultura e dese espazo, poden non ser comprendidas e incluso adquirir interpretacións diferentes.

Imos incluír aquí o relato dun informante que pon de relevancia a importancia de coñecer a cultura do individuo. Fai referencia o xeito de vivir e de expresarse dun usuario que está ingresado no servizo coñecido como especialidades, e que agrupa como ben di o seu nome, varias especialidades médicas: hematoloxía, otorrinolaringoloxía ou rehabilitación basicamente. A situación acontece nunha quenda de noite durante a que unha enfermeira e unha auxiliar de enfermaría quedaban o cargo de trinta e dous enfermos, contando con apoio médico telefónico, pois os médicos destas especialidades non realizaban as gardas de presenza física dentro do hospital, senón localizados nun número de teléfono se se daba unha urxencia ou unha emerxencia.

A enfermeira deste servizo de especialidades, nesta quenda, é da provincia de León, leva traballando quince días neste servizo, é a primeira vez que traballa en Galicia e esta é a súa primeira noite traballando. A iso das 11:30 chama o seu compañeiro do servizo de cirurxía, que é o máis próximo fisicamente dentro do hospital, e refírelle o seguinte: “ tengo a un enfermo en la habitación 624A que se quiere ir a su casa, he estado hablando con el y explicandole que es de noche, que no puede salir del hospital y que mañana por la mañana que si quiere se lo diga al médico y se marche, he llamado al médico a su casa y me ha dicho que le administre un tranquilizante a ver si se duerme, pero el sigue despues de mas de media hora con el mismo tema de que se quiere ir a su casa. Está solo, no tiene acompañante y no se que hacer con el, si pudiese venir tu para ver si lo haces entrar en razón - O compañeiro que está en plena administración de medicación, correspondente as 24:00 horas, contestalle que en canto acabe coa súa tarefa vai ir a falar con el sen problema, que esté tranquila e que mire de razoar con el, en todo caso se transcorrida unha hora sigue excitado que volva chamar o médico para ver se a medicación foi insuficiente. Pasaron uns corenta e cinco minutos e a enfermeira volve cabo do seu compañeiro nesta ocasión moi nerviosa e dille – por favor vete a la habitación por que lo hemos atado a la cama que está gritando y dice que lo matamos, que se quiere marchar que si no se muere, el medico me ha dicho que se le administre un sedante por vía

intravenosa si no se calma, pero a mi me da un pouco de medo, yo no sé si será un delirium... ve tu y a lo mejor te confunde con el médico y te hace más caso que a mi – O compañeiro vai o cuarto indicado e encontrase cun home duns setenta e pico de anos, atado polos pulsos e os pes a cama, e moi excitado, e berrando que o matan que vai morrer. O primeiro que lle di o home é boa noite fulano que pasa hom? Cónteme que lle pasa e verei de poder solucionarllo, a ver que podemos facer. “Tiven que facer un esforzo cando o home me dixo, levo 4 días sen facer de corpo e agora viñéronme unhas ganas de ir de campo que revento, morro e ista señorita dime que teño que esperar a mañá e eu non aguanto señor, morro se non fago de corpo, volvinme a miña compañeira e díxenlle: compañeira solta o señor e ponlle a “*planchuela*” porque por lo que no aguante es porque le quiere andar el vientre, no es que se quiera ir a su casa, a compañeira atónita respondeu – pero entonces no se quiere ir al campo. Tiven que lle explicar que non que a expresión ir de corpo e ir de campo quiere decir ir a defecar dentro de un contexto rural... a miña compañeira pasou toda a noite dicindo pobre ahora duerme como un bebé y pensar que un poco más y lo duermo”. (Nº67.Home.Enfermeiro.53anos)

A metáfora impregna a vida de cote,tanto dende a linguaxe como dende o pensamento e maila acción. O noso sistema conceptual ordinario é fundamentalmente de natureza metafórica, aínda que non sexamos conscientes deso de xeito habitual. (Darriba, 1999)

Unha das técnicas básicas é o rexistro de datos e de accións e actividades realizadas. A enfermaría no Hospital Xeral de Lugo ven arrastrando este mal dende os anos oitenta en que intenta amosarse aos profesionais, por parte da Dirección de Enfermaría, que o que non se rexistra é coma se non se fixese.

ENTREGA Y RECIBO DE TURNO



Figura 48. Libro de “Cambio de quenda”

Fonte: Presentación Slideshare (Slideshare, 2016)

Nos anos oitenta existían uns libros de rexistro chamados “Libro de Cambio de Turno”, no que se relataban as incidencias acontecidas na quenda de traballo, sendo estes relatos máis ou menos extensos e prolíficos en detalles, dependendo do/a profesional que redactase o texto. Eses libros desapareceron e foron substituídos pola “Folla de Evolución de Enfermaría”, documento individual que se inxire en todos e cada un dos historiais dos usuarios.

Hoxe en día estes rexistros tamén foron substituídos por ferramentas informáticas a través do programa *Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta* (GACELA) no HULA, que agrupa a tres hospitais: Hospital Xeral, Hospital de Calde e mailo Hospital de San José. No caso da AP o programa informático que se emprega é o chamado IANUS que é compartido polos profesionais tanto médicos como enfermeiros. O GACELA na AE é o programa utilizado polos profesionais de enfermaría.

Na actualidade, ademais de empregar as ferramentas dixitais continúa realizándose un relato verbal no cambio de quenda, actividade na que os profesionais de enfermmería que saen, relatan as incidencias acontecidas nese período de tempo na unidade. Con este relato os profesionais que entran na seguinte quenda, fanse unha idea da situación na que se encontran os usuarios dos que se fan cargo.

Unha das circunstancias que chaman a atención é que os profesionais demandan realizar máis anotacións, con todo, na práctica observase un desaxuste, pois estas anotacións non son realizadas.

Yo creo que sería importante que anotásemos los registros, hacemos un montón de cosas, yo le cuento un montón de cosas a mis compañeras en los cambios de turno, yo le cuento un montón de cosas al paciente... incluso a mi compañero médico, pero no apuntamos nada de eso, con lo cual al final, eso cae en saco roto, queda en el aire... nadie sabe lo que hacemos... bueno, todo el mundo sabe lo que hacemos, pero realmente eso no consta en ningún sitio, y luego a la hora de investigar y a la hora de desarrollar nuestra profesión y que se reformen ciertas leyes que puedan apoyar esa realización profesional, pues no existen datos. (Nº23.Muller.DUE.28anos)

A comunicación é un proceso que utiliza a enfermaría como técnica de traballo para realizar uns coidados individualizados e axeitados a cada usuario, así o sinalan os autores e tamén o constatan os informantes que seguen.

En moitas ocasións este proceso comunicativo tan importante pode verse relegado a un segundo plano pola falta de tempo debido á carga de traballo, o pola falta de adestramento dos profesionais nestes aspectos. Este detrimento da comunicación pode afectar negativamente á calidade dos coidados e dar como

resultado unha mala atención aos pacientes que se encontran na súa etapa final. (Calero & Pedregal, 2012, pág. 5)

... el trato con el paciente ... la comunicación, pienso que somos el colectivo que más nos comunicamos con los pacientes ... la comunicación es imprescindible; conlleva información, educación sanitaria, confianza, etc ... en Atención Primaria destaco una mayor confianza con el paciente. (Nº 21. Muller. DUE. 27 anos)

... porque en primaria las técnicas son mucho más..., pues igual sencillas, o tienes idea de que las cosas en cuanto a métodos de enfermería y el trabajo de enfermería se basan muchísimo en la relación con la gente, y hablarles y preguntarles que necesitan ... y enseñarles, sobre todo ... (Nº 25. Home. DUE. 30 anos)

Á hora de traballar resulta importante ter un seguimento directo na evolución do usuario para poder avaliar os resultados, co que o profesional se sentirá realizado. Esta situación difire segundo o lugar de traballo, na AP ou na AE.

Una organización del trabajo más personal, tu citas a tus pacientes a tu consulta. Hay una interrelación directa, el problema lo tratas directamente. En planta de hospitalización el cuidado de una úlcera pasa por ocho o nueve manos distintas, en primaria no, esto me parece importantísimo. (Nº 21. Muller. DUE. 27 anos)

A técnica é importante e pode resultar atractiva para os profesionais de enfermmería, pero hai algo máis que técnica, o estar cerca , o espírito de axuda, ser empático, poder educar, previr. Observamos nos discursos que seguen como os profesionais consideran importante a aplicación de técnicas especializadas pero consideran que é máis importante o trato humano e directo cos usuarios.

Me gusta mi trabajo por la sensación de ayudar a alguien que verdaderamente lo necesita, lo empáticas que podemos llegar a ser, las técnicas en si,...la educación sanitaria, a parte de estar en contacto con el enfermo, tener la posibilidad de trabajar con sanos y evitar enfermedades. (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

... el trato directo con los pacientes y la relación humana, ayudar a la gente y el trato continuo que tienes con ellos... lo más gratificante que tiene es la satisfacción personal. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

... la satisfacción personal que me da, creo que aprendes muchas cosas pero no sólo referente a las técnicas de enfermería, sino que aprendes muchas cosas de los pacientes, que hacen que poco a poco te vayas enriqueciendo. (Nº 42. Home. DUE. 23 anos)

Lo que me gusta del trabajo de enfermera es quizá el sentirme realizada haciendo mi trabajo, disfruto de lo que hago. (Nº 43. Muller. DUE. 28 anos)



Figura 49. Educación para á saúde

Fonte: Enfermería neurolóxica (Publicación Médica de neurología, 2011)

Unha das actividades seguramente máis satisfactoria, de gran importancia e que menos se realiza é a educación para a saúde. Por non verse os resultados a curto prazo dáse prioridade, dende as direccións, a unha política sanitaria na que priman prácticas asistenciais sobre a saúde preventiva.

Me parece muy importante la labor que hacemos de educación sanitaria, que no hacemos tanta como deberíamos ... en aspectos como la nutrición, los hábitos ... (Nº 41 .Home. DUE. 29 anos)

En moitas ocasións a delegación de funcións leva consigo situacións conflitivas que poden dar lugar a alterar o bo ambiente de traballo, que redundará na boa atención ao usuario.

... las tiranteces de las funciones son muy peligrosas porque no están tan establecidas, hay unas que son muy claras, una vía no la va a coger una auxiliar, pero luego hay otras indeterminadas, tu puedes delegar en las auxiliares igual que en el celador, etc, ... ahí es donde empezamos con los roces. (Nº 74. Home. Enfermeiro. 40anos)

Un discurso que se utiliza dende a dirección é o de que o persoal de enfermaría ten que ser colaborador, realizar aquelas actividades que se precisen en un momento dado para o bo funcionamento da unidade. Expresado en linguaxe coloquial o persoal de enfermaría “*serve para un roto que para un descosido*”.

... servimos para todo. No es lo mismo ser enfermera en una consulta que en UCI o que en una planta... y hoy en día somos chicas para todo. (Nº 47. Muller.DUE. 40 anos)

... la profesión no está valorada socialmente como debería ser, hacemos de comodín, parece que tenemos que saber de todo, para cualquier problema nos llaman. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

Estar cada día en un sitio, no te sientes capaz de dominarlo todo, con la consiguiente inseguridad que te crea. (Nº 26. Muller. DUE. 35 anos)

Nestas situacións sae beneficiada a dirección, xa que a enfermaría soluciona problemas puntuais que poidan xurdir nun momento dado, asumindo ás veces funcións na disciplina médica e as veces do persoal da limpeza. Para a profesión estas situacións, son totalmente inaceptables por colocala como si de un comodín se tratase. Obsérvase perfectamente no discurso que ven a continuación realizado por un informante cun cargo na dirección.

... a la hora de realizar tareas, no hay problemas, hay que hablarlo. Para eso existe el relevo y si necesito que colabores conmigo en esto, es hablarlo y llegar a un acuerdo. Al igual a la hora de limpiar carros, reponer carros, es indistinto a la hora de limpiar la planta. No hay unas tareas que alguien se niegue a realizarlas porque no le corresponde, creo que esa es la buena actitud de colaboración. En el momento que podemos hacer algo, da igual de quien sea esa función ¿porqué no?, siempre que no asumamos cosas que no nos correspondan por nuestra posición. (Nº 74. Home. Enfermeir., 40 anos)

Como xa quedou claro no punto dedicado ao xénero, a seguinte informante ven a recordarnos que non existen unhas técnicas que poida aplicar o persoal segundo o seu xénero. Tódalas actividades que se realizan na profesión enfermeira poden ser realizadas tanto por homes coma por mulleres.

... en canto as técnicas, cada servizo ten unhas diferentes, por ser home ou muller non ten que decantarse por ningún en concreto ... no referente á productividade penso que é igual no home que na muller, a profesión de enfermmería non se basa exclusivamente en ter forza ou non tela ... se non máis ben noutro tipo de técnicas ... nas que ... non é necesaria a forza ... non creo que dentro da profesión existan actividades máis femininas que outras ... eu creo que inflúe moito a personalidade do profesional. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría - Estudante de enfermaría. 30 anos)

Tan importante como a aplicación de técnicas e protocolos é o trato que se lle poida dar ao usuario. Ate o punto de que non existe unha boa técnica sen un bo trato a la hora de procurar uns bos coidados.

... ser amable, si ... para min eso entra no de ser bo profesional, non só facer unha cura perfecta ... nunha cura perfecta ... tamén depende de quen opine ... ahí xa habería que mirar protocolos, técnicas ... e se segues tódolos pasos do protocolo e tal ... pois debería ser unha boa cura. Pero claro, podes facer unha cura perfecta, sen saludar, e

sendo desagradable, co que , eu supoño que a persoa que atendes se ten que sentir moito peor que se es agradable, amable ... pero eso vai dentro de tódalas profesións.
(Nº78.Muller.Enfermeira.47anos)



Figura 50. A importancia do bo trato

Fonte: Paciente Activo Bizkaia (Osasun Eskola Blog, 2015)

Uns anos atrás, o xénero dos profesionais da enfermaría determinaban o tipo de actuacións e técnicas que se aplicaban sobre os usuarios, por cuestión de patoloxía ou do lugar onde se realizaban os coidados, con todo nunca influíu, a mellor o peor praxe. A seguinte informante, explícanos claramente algunhas das situacións nas que podía influír o xénero na práctica profesional.

... chamábanlles ATS de uroloxía ... ocupábanse de uroloxía masculina, da feminina ocupábanse mulleres, salvo eso facían o mesmo que o resto das compañeiras ... hoxe eso non existe ... se te fixas no hospital, en xinecoloxía hai homes traballando, e en obstetricia hai homes traballando, onde si que non hai é de matronas polo menos no HULA ... en atención primaria antes encontrabas máis homes que mulleres, eu creo que era por outro tipo de razóns, polos desplazamentos, pola asistencia a domicilio que era moito máis complicada que agora, por que as carreteras non era iguais etc. Se che tocaba nunha zona de montaña aomellor as mulleres preferían estar máis na súa casa, por que tiñan nenos pequenos , e os homes non lles importaba se se tiñan que quedar alí. Eu creo que era máis por esas razóns que hoxe en día xa non existen ... fíxate, teño un caso, un paciente que se ten que vir cambiar a súa sonda vesical e que me conta sempre unha experiencia moi mala que tivo cun home que o sondara, era un home que o lastimara moitísimo e ademais logo tivo que volver ser sondado aos poucos días... o seguinte que llo fixo foi unha muller que non o lastimou nadae desde entonces conta: “estaba temblando que fora un home porque me parece que son uns brutos”. Eso non ten nada que ver, haberá homes brutos e mulleres brutas, eso non ten nada que ver, é

a personalidade de cada un, nada ten que ver co sexo, ten que ver coa persoa. (Nº 78. Muller. Enfermeira. 47 anos)

Nos últimos anos, está a darse un cambio nos paradigmas da profesión enfermeira así como das diferentes técnicas que se aplican nos coidados. A día de hoxe, están cobrando máis importancia os coidados humanísticos sobre a sofisticación das modernas técnicas, chegando a comprender os profesionais que non é posible unha boa praxe dos coidados senón se da unha atención holística ao usuario.

4.3.5. Como son percibidos os coidados de enfermaría polos profesionais

Chegados a este punto, vamos facer un percorrido pola percepción que teñen os profesionais respecto aos coidados que prestan aos usuarios.

Como punto de partida debemos ter presente que hai unha serie de cuestións que limitan a participación autónoma da enfermaría, demanda que vimos observando nos puntos anteriores. Algunhas destas cuestións son: falla de poder, xénero, medicalización do sistema (sistema biomédico) e os propios profesionais da enfermaría.

A Asemblea Xeral da Organización Colexial de Enfermería de España, alertou en decembro de 2012 sobre a situación crítica que está vivindo a enfermaría no Estado español, centrando a súa atención nos seguintes temas: o aumento do desemprego que está vivindo a profesión, a falla de desenvolvemento definitivo das especialidades enfermeiras, así como o retraso inxustificado do Decreto para regular a prescrición enfermeira e maila a aprobación da homologación do título de diplomado co de graduado.

Respecto a destrución de emprego, segue aumentando de forma indiscriminada superando a finais de 2012 os vinte mil enfermeiros en paro no Estado español, á vez que se observa un aumento de contratos temporais e a xornada parcial.

Por outra banda o Ministerio de Sanidade recoñece que España está a cola en número de enfermeiros nun estudo comparativo dos sistemas sanitarios nos países da Unión Europea con 5,2 enfermeiros por cada mil habitantes fronte os 15,4 enfermeiros que ten Dinamarca, namentres que o Estado español se encontra en sétima posición con 3,8 médicos por cada mil habitantes, dato este que está por enriba da media.(Consejo General de Colegios

Oficiales de Enfermería de España. Departamento de Comunicación, 2012)

O traballo a presión interfere non só na calidade dos coidados, tamén no interese do profesional de cara ao seu traballo, o que indirectamente tamén reverte sobre unha peor atención ao usuario. Isto veñen a sinalalo os informantes que seguen.

Trabajamos con mucha presión, con pocos recursos materiales y humanos, y así es muy difícil realizar unos buenos cuidados. Por este motivo también es difícil que tu interés por ser un buen profesional aumente. (Nº 22. Home. DUE. 25 anos)

Estas circunstancias levan a xerar situacións nas que o profesional síntese comprometido, afectando incluso a súa saúde en detrimento da calidade da atención prestada.

O 96% das/os enfermeiras/os sentíronse estresadas/os nalgunha ocasión no seu lugar de traballo. As principais causas do estrés experimentado polos enfermeiros enquisados son, a carga de traballo (76%), factores organizativos (61%) e falta de apoio (52%). Ademais, un de cada tres non consegue desconectar cando sae do seu lugar de traballo... a pesar de que o 76% dos profesionais que realizaron este cuestionario asegura facerse cargo de mais de vinte pacientes, o 61% dos profesionais afirma sentirse realizado no traballo e a maioría (77%) volvería a elixir enfermaría como profesión. Mais do 40% considera que a maior satisfacción no seu traballo é, sen dubida, a axuda e o agradecemento que proporcionan os seus pacientes. (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2014)

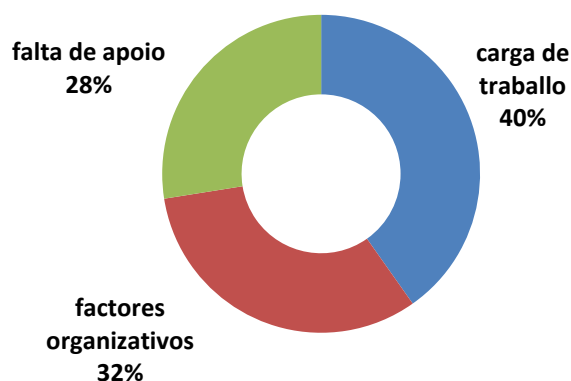


Gráfico 3. Causas do estrés enfermeiro

Fonte: Elaboración propia a partir de estadística del CGE, 2014

Cuando las cargas asistenciales son asumibles la relación es buena, fluida y todos estamos contentos, pero cuando empezamos a tener presión, el personal disminuye, los turnos empeoran, la carga de cuidados del paciente es muy elevada, empezamos con las tiranteces de las funciones. (Nº 74. Home. Enfermeiro, 40anos)

... si hay más cargas de trabajo tendría que haber más enfermeras en centros de Salud en las plantas de Atención Especializada y demás ... porque se ve que es más necesario. (Nº 45. Home. DUE. 29 anos)

... aumentaría el personal por servicio, con esto tendríamos una mejor calidad asistencial ... cambiaría el sistema de trabajo en cuanto, que si tu tienes predilección de trabajar en algún lugar, por tus practicas o por tus actitudes previas, tengas preferencia en esos trabajos y no salir una vez diplomado a cubrir cualquier puesto o cualquier sitio. (Nº 41. Home. DUE. 29 anos)

... para un buen desarrollo de la enfermería, no hay suficiente personal para un cuidado integral del paciente y a veces trabajas mal por no poder dedicar tanto tiempo al paciente como te gustaría, haces lo básico, pero no puedes dedicar tiempo, por ejemplo hablar con ellos. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

Outra circunstancia que xera estrés e a discontinuidade na prestación de servizos, polo que as/os enfermeiras/os que pasan un tempo sen actividade profesional, cando se incorporan séntense con maior inseguridade.

El hecho de no tener plaza hace que no trabaje continuamente y no me agrada el hecho de perder el contacto con el hospital durante períodos más o menos largos, ya que cuando vuelves la inseguridad es mayor. (Nº 44. Home. DUE. 26 anos)

As especialidades, como forma de evolución da profesión enfermeira, encóntranse nestes momentos enlentecidas. O responsables do SNS non acaban de poñelas totalmente en funcionamento, o que está provocando nos profesionais que as demandan, un certo grado de frustración ante a imposibilidade de centrarse nun ámbito de traballo concreto e investigación determinada, o que redunda na calidade asistencial e impide o crecemento como profesional e como persoa.

Respecto as especialidades, ademais de levar un retraso de cinco anos no seu desenvolvemento, algunha, como é o caso da Enfermería en Coidados Médico-Cirúrxicos, aínda non viu aprobado o seu plan de estudos, a pesares de existir unha proposta presentada e previamente aprobada por unanimidade polos membros da Comisión Nacional, contando co aval do Consello Xeral da Enfermería e das sociedades científicas enfermeiras. (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España., 2013)

Poner en marcha, ya, las especialidades, porque en nuestro trabajo tenemos que rotar por muchos servicios y eso dificulta tanto el cuidado de los pacientes como al propio enfermero. Con las especialidades ya estás más centrado en tu ámbito, a parte de que puedes profundizar en tu servicio con temas de investigación y demás. (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

O feito de que a enfermaría sexa feminina supuxo nun momento dado que o poder androcéntrico a relegase, xa antes de nacer como profesión, a un segundo plano. Así no lo explican os seguintes autores, e así o senten os profesionais.

Historicamente a figura da muller que dispensaba os coidados non se dedicaban exclusivamente ao coidado, estes acompañábanse cun saber curar. A sabedoría das mulleres que desenvolvían este campo, era apreciada e recoñecida. As mulleres forxaron o seu saber por contacto dunhas con outras, transmitindo de xeración en xeración, de avoas a nais, de veciña a veciña... Pero as prácticas curativas elaboradas e transmitidas por mulleres ao longo dos séculos, víronse obrigadas pola igrexa a reducirse progresivamente ao silencio segundo Francoise Colliere (1993). Ese saber de mulleres viuse truncado e pasou a un lugar secundario para lexitimar só o coñecemento médico, centrado fundamentalmente no curar ... Así o desenvolvemento profesional da enfermaría quedou baixo a tutela do colectivo médico, pasando por unha serie de etapas nas que se tecen relacións de poder/saber. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermaría, 2010)

O seguinte informante resúmenos a situación en dúas liñas e introduce un elemento novo coñecido como *teito de cristal*.

A enfermaría estivo totalmente dominada e oprimida pola medicina. A formación estivo a cargo das facultades de medicina que imprimiron ese carácter, o que supuxo psicolóxicamente un teito. (Nº 68. Home. Docente en Enfermaría. 50 anos)

Un problema que se da hasta este momento era la falta de evolución de la profesión, estudiabas la diplomatura y ahí te quedabas. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)



A enfermaría está sobre un chan pegañento que é o da biomedicina, esta impídelle despegar. Por arriba tiña un teito de cristal que no momento actual está intentando abrir pouco a pouco.

Figura 51. O teito de cristal na enfermaría

Fonte: Oficina Precaria (Techo de cristal y suelo pegajoso, 2013)

O desenvolvemento da profesión enfermeira ven marcado nun primeiro momento polas ensinanzas recibidas durante a formación académica. Temos que recordar ao respecto, como xa se sinalou e anteriormente, que na maioría das Facultades e Escolas da enfermaría, esta formación está dirixida e impartida por formadores doutras disciplinas, sendo as docentes enfermeiras/os unha minoría, debido á situación xa exposta, o que fai que as ensinanzas teóricas non se adecúen á praxe profesional como relata o informante que segue.

A profesión médica ten actualmente o dominio no campo da saúde, é unha característica do poder profesional e da superioridade de quen exerce a medicina en relación con outras ocupacións. Este dominio é un conxunto de estratexias, inflúen sobre o ensino, a situación laboral e a autonomía profesional, involucrando a distintas formas: subordinación, limitación e exclusión. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)

... los estudios me parecen ... no sé ... un poco que, no reflejan la realidad, por que realmente lo que acabamos estudiando a lo que se hace en el hospital no es para nada parecido. (Nº 75. Home. Estudiante de enfermmería. 19 anos)

Na mesma liña, o Consello Xeral de Colexios Oficiais de Enfermería de España, sinala como a enfermmería se ve “ninguneada” polos lexisladores, coaccionados polo poder da disciplina médica, o que deixa aos profesionais enfermeiros nunha situación de indefensión legal á hora de exercer determinadas prácticas.



Figura 52. Prescripción enfermeira

Fonte: Ciudad RealDigital (ciudadrealdigital.es, 2015)

No que se refire á aprobación do Real Decreto da Prescripción enfermeira que é un mandato legal establecido na Lei das garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios, despois de superar os trámites administrativos estivo pendente catro anos de aprobación polo Consello de Ministros. Durante este tempo os profesionais de enfermmería, véndose obrigados a continuar prescribindo medicamentos para poder dar continuidade asistencial aos cidadáns, sen contar co amparo legal necesario. Deuse incluso o caso de una sentenza do Tribunal Superior de Xustiza do contencioso administrativo da Comunidade Valenciana, condenando a unha enfermeira a máis de dous anos de inhabilitación, por prescribir un Paracetamol, “medicamento non suxeito a prescripción médica”. (Jurado, 2015)

Está a percibirse, no momento actual, un cambio no desenvolvemento da profesión, non obstante, aínda non é o cambio desexable atendendo aos novos paradigmas. Así o percibe a seguinte informante.

Hasta hace pocos años la falta de independencia, es decir, somos independientes, en algunas cosas no, en algunas funciones y podemos hacer muchas cosas por nosotros mismos ... pero ... nuestra profesión se ve subyugada al médico, en cierto modo

nosotros somos como ayudantes, yo creo que nosotros nos sentimos un poco así, la sociedad nos ve así, los pacientes nos ven así, y entonces eso impide que nos desarrollemos como profesionales... yo creo que tenemos un campo muy amplio, y que realmente al final te reduces a hacer cuatro cosas, y todo queda ahí. (Nº 23. Muller. DUE .28 anos)

A percepción do traballo que se realiza na AP, como xa vimos, conta cun primeiro punto importante referente á necesidade da independencia do médico para desenvolver o seu cometido.

En Atención Primaria yo organizo mi consulta ..., sin que ningún médico meta las "narices" como ocurre en hospitalización. Puedo hacer trabajos de cribaje para detectar crónicos, tengo un amplio margen de actuación ... es una "pasada" lo que en primaria podemos hacer, y si colaboramos con nuestro médico de cupo, mejor todavía. (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)

O trato co usuario na AP difire do que se ten na AE, feito que o profesional debe de saber aproveitar a favor do exercicio da profesión. Na praxe duns coidados holísticos, vese beneficiado tanto o usuario coma o profesional. É o tipo de coidados que desexa o profesional da enfermaría, que sexan próximos e culturalmente competentes.

El trato con el paciente y familia es muy directo, nos conocemos, podemos llegar a ser amigos ... la gente es muy agradecida, en el hospital parece que están esperando que tu "falles" para criticar o poner demanda. (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)

... o trato humano co paciente é unha forma de ser máis humanos tamén. (Nº 27. Home. DUE. 51 anos)

Lo que más me gusta de mi profesión es el trato humano, con personas que están enfermas y que realmente necesitan ayuda de un profesional sanitario. (Nº 24. Home. DUE. 28 anos)

Os profesionais da enfermaría continúan sen percibir a necesidade de realizar uns bos rexistros das súas actuacións que levan a cabo durante o desenvolvemento do seu traballo cotiá. Isto é o que fai que se vexa reforzado o corpus teórico da disciplina. No fondo subxace unha falla de recursos humanos, como se observa nos seguintes discursos, sen que todos os profesionais sexan conscientes de elo.

Me gusta mi trabajo por la sensación de ayudar a alguien que verdaderamente lo necesita, lo empáticas que podemos llegar a ser, las técnicas en si,...la educación sanitaria, a parte de estar en contacto con el enfermo, tener la posibilidad de trabajar con sanos y evitar enfermedades... no me gustan las entrañas de la enfermería en si, como nos gestionan, nos supervisan...la sobrecarga de trabajo. El dedicar más tiempo a

labores administrativas que al enfermo. La cantidad de actividades que tenemos que delegar en el auxiliar por falta de tiempo. (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

... más personal: más auxiliares administrativos para llevar el papeleo y así dejarnos tiempo para el cuidado y la atención al enfermo. (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)



Figura 53. Formación continuada esencial para os/as enfermeiros/as

Fonte: fornantia (blog.fornantia.es, 2016)

A formación continuada que hai, non chega aos profesionais, e ademais resulta escasa, cos inconvenientes de que o tempo de formación se obtén do tempo de lecer do persoal sen contar co custo económico que lle supón.

Debería haber formación continuada obligatoria y que nos pusieran facilidades, como por ejemplo más congresos o seminarios para ponernos al día ... (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

... si hubiese como programas de iniciación laboral a parte de las practicas que tenemos en la carrera programas de ... te ofrecen un contrato y en vez de enfrentarte tu solo a esos primeros días de trabajo que tengas como un equipo de compañeras ... que les paguen un plus o lo que sea, para que te asesoren para esos primeros días en un centro, unidad o en cualquier planta. (Nº 45. Home. DUE .29 anos)

Es muy difícil formarte una vez que acabas la carrera, tanto económicamente como por la falta de tiempo. (Nº 44. Home. DUE. 26 anos)

Algo moi importante é a retribución económica, os profesionais séntense mal retribuídos. A valoración e mailo recoñecemento económico e social tamén son de gran importancia para os profesionais, así o vemos reflectido nos seguintes discursos.

... estamos poco valorados económicamente y por la sociedad. (Nº 25. Home. DUE. 30 anos)

Creo que estamos mal pagados ... (Nº 42. Home. DUE. 23 anos)

... estar con la gente, el trato, y ... el trabajo de enfermmería se basan muchísimo en la relación con la gente, y hablarles y preguntarles que necesitan ... y enseñarles, sobre todo... estamos poco valorados económicamente y por la sociedad. (Nº 25. Home. DUE. 30 anos)

Pondría coches para los domicilios en la Atención Primaria, aumentar el sueldo, conseguir no sólo el grado, si no lo que conlleva de independencia profesional. (Nº 26. Muller. DUE. 35 anos)

... y respecto al tema económico podrían equipararnos el sueldo al resto de los servicios de salud de España ... el plus de nocturnidad debería de ser mayor, porque hacer noches supone un descontrol en horarios de sueño, comidas y afecta cuando tienes familia, hijos... (Nº 39. Muller. DUE. 29 anos)

Encontramos unha razón para exercer os coidados ademais de pola retribución económica. Os profesionais de enfermmería, tamén encontran o seu traballo gratificante por sentirse útiles aos demais, o que, en certa medida, tamén supón unha gratificación importante. Observamos na idade dos seguintes informantes que todos eles son uns profesionais noveles cun discurso distante da realidade profesional e mais cerca do antigo paradigma da enfermmería cando esta era unha profesión vocacional. Tamén chama a atención que todos eles pertencen o xénero masculino.

Me gusta la satisfacción que da el ayudar a las personas, lo gratificante que es. (Nº 44. Home. DUE. 26 anos)

... el ambiente en el que nos movemos, un ambiente sanitario, un ambiente aséptico y que la gente se mueve por esos motivos, por los motivos de caridad, no porque te paguen por eso... por hacer tu trabajo. (Nº 41. Home. DUE. 29 anos)

... el trato directo con los pacientes y la relación humana, ayudar a la gente y el trato continuo que tienes con ellos... lo más gratificante que tiene es la satisfacción personal. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)

... la satisfacción personal que me da, creo que aprendes muchas cosas pero no sólo referente a las técnicas de enfermmería, si no que aprendes muchas cosas de los pacientes, que hacen que poco a poco te vayas enriqueciendo. Nuestro trabajo nos hace ver la vida de otra manera... a veces eres la solución de algún problema de otra gente, eso es impagable. (Nº 42. Home. DUE. 23 anos)

Observase neste discurso como o traballo se realiza por actividades, que están marcadas en cada quenda, debendo de quedar totalmente realizadas, cando remata a quenda. Neste discurso observamos como se lle da prioridade ás técnicas sobre a atención holística.

Me gustaría que cambiara la mentalidad que se tiene de dejarlo todo técnicamente perfecto a la hora en que termina tu turno de trabajo, que se vea que no pasa nada si se deja una cura sin hacer, porque se supone que la enfermería es un trabajo continuado y si se ha tenido un mal turno, pues se hace en el siguiente, no pasa nada. (Nº 40. Home. DUE. 30 anos)



Figura 54. Traballo por tarefas

Fonte: Hablemos de enfermería (hablemosdeenfermeria.blogspot.com.es, 2015)

Os discursos erráticos que se realizan dende o poder político, levan en moitas ocasións a que os directamente implicados caíamos na trampa de aceptar o que eles nos propoñen. Queremos crerque este é o caso do Colexio Oficial de Enfermería da provincia de Pontevedra, que encargou un estudo sociolóxico cuxos resultados son, que os enfermeiros galegos son os que ocupan a terceira posición entre as maiores taxas de desemprego en Galicia, polo que chega o organismo a conclusión de que sobran prazas para formar enfermeiros, nas sete escolas que existen na comunidade galega.

No que referimos a continuación observamos como non hai unha consciencia do problema real polo que buscamos solucións que non van dirixidas o cerne da causa, senón a mitigar manifestacións froito do problema inicial.

O Colexio de enfermmería de Pontevedra realizou a finais do 2012 un estudo realizado por dous sociólogos. O estudo destaca que a oferta universitaria da titulación da enfermmería, que se imparte en sete cidades galegas, é excesiva e resulta ser un dos factores que repercuten na inserción laboral do colectivo. Os enfermeiros galegos ocupan a terceira

posición de entre as maiores taxas de desemprego en España. A escasa retribución do colectivo en comparación cos coñecementos académicos e maila sucesiva formación continua que require o exercicio profesional, á marxe da responsabilidade profesional. Na campaña “Enfermería te cuida” desenvolvido en nove municipios, os participantes constataron a boa percepción que ten o cidadán. O Colexio advertiu sobre a necesidade de non seguir incrementando a actual carga laboral. (Barral, 2013, p. 12).

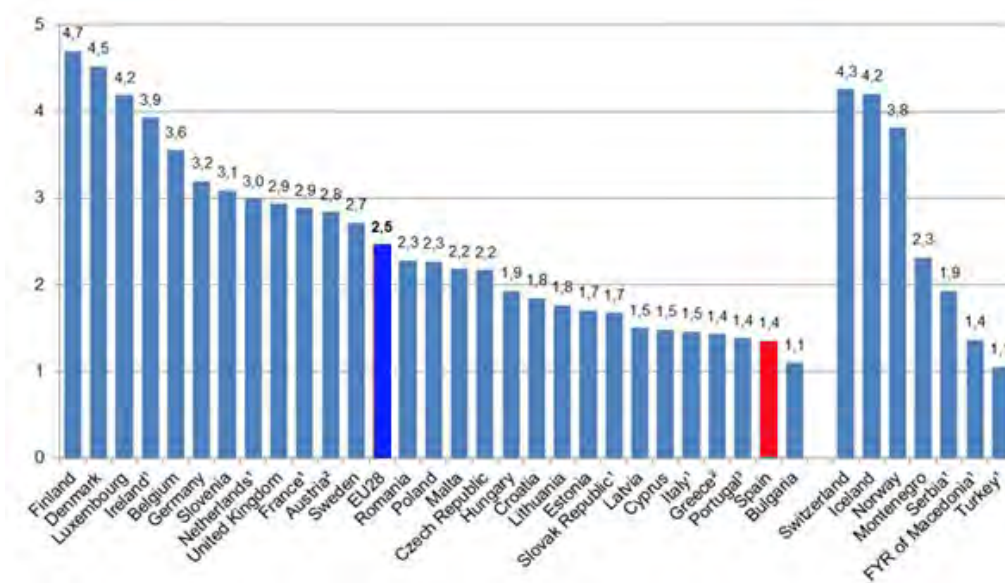


Grafico 4. Ratio de Enfermeiras na zona euro

Fonte Diario Médico (Díez, 2016)

Non reparan nos datos que dá o Consello Xeral de Enfermaría que ofrece unhas cifras claras, en Galicia hai un déficit de 8.505 enfermeiros (a quinta comunidade máis deficitaria de España), necesitaríase multiplicar por dezasete o número de enfermeiros que actualmente prestan servizo na nosa comunidade. No resto do Estado a carencia deste persoal acada a cifra de 141.783, dado que o Estado español está en sétimo lugar empezando pola cola no que se refire a número de enfermeiros/as por habitante. De seguido ofrecemos os datos, evidentemente segundo que vara de medir se empregue poden sobrar ou faltar enfermeiros.

O presidente do Consejo General de Enfermería (CGE), Máximo González Jurado, asegurou que esta situación de paro é "incomprensible" porque España ocupa, dentro da Unión Europea, o sétimo posto pola cola no número de enfermeiros por habitante. O ratio de enfermeiras/os en Galicia sitúase moito por debaixo do estándar europeo. A comunidade precisa multiplicar por 17 o número de profesionais para acadar o baremo da UE. Con 501 enfermeiras/os por cada 100.000

habitantes, Galicia ten un déficit de 8.505 profesionais. España necesitaría 141.783 enfermeiros máis para acadar a media europea, segundo se desprende do estudo "Gravedad de la situación de la Enfermería española por los incumplimientos de las administraciones sanitarias". (Ocampo, 2015)

En diferentes foros, podemos encontrar profesionais que, máis que axudar á profesión, parece que están en contra dela, desalentando en lugar de motivar aos profesionais que tentan pórse o día e facer da profesión enfermeira unha disciplina de primeira liña. Obsérvase o seguinte discurso que resulta ben significativo no senso que estamos a referir.

Fai uns meses tiven a ocasión de participar nun foro, organizado pola Fundación Pública Galega de Administración Sanitaria (FEGAS) sobre taxonomía enfermeira. Este foro estaba conformado por enfermeiros/as de toda Galicia, versaba sobre a necesidade de empregar a codificación NANDA, NIC, NOC (NNN). Algún dos monitores facendo uso dunha boa dose de prepotencia e como quen fala con ignorantes, ridiculizaba as intervencións dos participantes a vez que non resolvía as dúbidas que ían xurdindo, emparapetado no seu adarve de arrogancia, o que suscitou comentarios anoxados por parte da maioría dos participantes. (Nº 68. Home. Docente en enfermaría. 53 anos)

Neste discurso que segue recollemos directamente o que expresa outra enfermeira participante no foro, nel podemos observar a diverxencia entre os intereses das direccións de enfermaría co que pensan as bases profesionais.

... fulanito, (referíndose ao monitor do foro citado polo informante nº 68) debes de ser muy jovencito a juzgar por tu actitud y lo que dices. Los que ya tenemos unos años de rodaje en esta profesión podríamos hacerte un resumen histórico de las últimas décadas. Hace tiempo se practicaba la medicina basada en la EMINENCIA (señores que sabían mucho, nos orientaba de lo que había que hacer), luego pasamos a la medicina basada en la EVIDENCIA (nos orientaban los resultados de estudios científicos) y ahora practicamos la medicina basada en la GERENCIA (hacemos lo que nos permiten los recursos y con moderación). Me parece maravilloso avanzar en cualquier cosa, lenguajes, técnicas, investigación, ... pero no te engañes, nuestros gestores no van a valorar si te formas, si formas a otros, si investigas, si registras tu actividad codificada (con NNN o cualquier otro sistema) lo que van a valorar es que los médicos no receten medicación que no sea genérica y que las enfermeras no consuman muchos apósitos. Cualquier cosa que no sea eso, no se va a tener en cuenta, lo hacemos todo por motivación personal o por nuestros pacientes. (Nº 79. Muller. Enfermeira. 55 anos)

Vemos neste caso como os profesionais en ocasións séntense desilusionados e faltos de motivación, debido ás actuacións das direccións, dos líderes e mesmo dos

formadores da enfermaría. No caso anterior séguese a liña que marcan as políticas do momento.



Figura 55. Taxonomía enfermeira

Fonte: Taller de taxonomía enfermera (Taxonomía enfermera, 2016)

Podemos falar dun momento de incerteza da enfermaría motivada pola falla de identidade (non está moi claro se hai enfermeiras de enfermos ou enfermeiras de médico), o modelo de formación (modelo biomédico), as direccións da enfermaría pola súa perda de independencia (subordinación política), funcións (por unha banda continúa contando con funcións delegadas e por outra banda esquecese o modelo holístico no exercicio dos coidados), equipo de traballo ausente (a dous niveis: equipo enfermeiro e equipo interdisciplinar), falta de coñecemento da propia profesión (dos seus paradigmas), falla de combatividade dos profesionais e escaseza de plantilla.

4.3.6. Futuro dos coidados

Resulta imprescindible para o futuro dos coidos ter presente como punto de partida a linguaxe do usuario, co gallo de que a comunicación sexa fluída e bidireccional tanto na relación profesional-usuario como na profesional- profesional.

Isto lévanos a dúas cuestións básicas, a primeira delas é o coñecemento da cultura que leva implicitamente o coñecemento da linguaxe do usuario. O profesional ten que coñecer a linguaxe que utiliza o usuario cos seus significados e os seus significantes mailas interpretacións, sexa da cultura propia ou foránea. Por outra banda, debe mellorarse e afianzarse unha linguaxe técnica que conduza e favoreza a mellora da disciplina enfermeira. Namentres a enfermaría non utilice unha linguaxe técnica e propia, non estará consolidada como tal disciplina.

O mundo sanitario posúe unha linguaxe propia que utiliza o persoal que traballa nel e nalgúns ocasións transcende o público en xeral. Sería moi importante para o persoal sanitario empatizar co paciente, ate o punto de comprender a súa

incomprensión, e utilizar unha linguaxe axeitada, comprensible e adaptada a cada persoa en particular, aínda que entre o propio persoal sanitario se utilice unha linguaxe diferente, propia do medio no que se encontran e con significados só para ese grupo de persoas. (Darriba, 1999, pp. 54-58)



Figura 56. Multiculturalismo

Fonte: ttransculmien.blogspot (Taymullah, 2015)

Como expón a autora, cada cultura, cada subcultura, e mesmo cada profesión, posúe unha linguaxe diferenciadora, o que fai que o grupo que utiliza esta linguaxe teña unha identidade propia que a diferencia doutras profesións ou disciplinas.

... cando cheguei o meu destino a Atención Primaria na montaña, o que mais me custaba era saber cando me estaban falando... se mo dicían de broma ou en serio ... (Nº 67. Home. Enfermeiro. 53 anos)

... as enfermeiras non son conscientes da importancia da aplicar a linguaxe enfermeira ... ahí nela radica o futuro da profesión. (Nº68.Home.Docente en Enfermaría.50anos).

Neste momento estase abandonando as historias clínicas en papel e dando paso a historia dixitalizada grazas ás Tecnoloxías da Información e da Comunicación (TIC) como ferramenta cuxo emprego se prevé que irá en aumento.

O uso das novas tecnoloxías non resulta alleo á profesión enfermeira, isto pódese ver en diferentes exemplos como é o caso do uso recente dos *videoblogs* entre outros. Neste momento o Consello Xeral da Enfermaría e maila axencia EFE

teñen en marcha un proxecto para a difusión dirixido a sociedade e aos propios profesionais. Os autores dos *videoblogs* abordarán dende a perspectiva dun enfermeiro/a numerosos temas relacionados coa Atención Primaria a actuación en emerxencia e catástrofes os coidados máis especializados e tamén a atención obstétrico xinecolóxica sen esquecer a pediatría. (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España., 2015)

Outros casos son a utilización de redes sociais como *Twitter* ou *Facebook*. Recentemente un enfermeiro abriu un perfil en *Twitter* no que colgaba experiencias e comentarios de profesionais enfermeiros, en poucos meses tivo que cambiar de rede social para *Facebook*, que acabou limitando pola cantidade de aforo co que contaba. Posteriormente, publicou en formato libro algunhas destas experiencias. Seis meses despois realizaba unha nova publicación en formato libro dado o éxito da primeira. Xa se están utilizando dende uns anos a esta parte para realizar formación tanto os profesionais como os usuarios.



Figura 57. Enfermería nas redes

Fonte: Enfermera Saturada (Castiñeira, 2016)

Unha das reivindicacións na AP é a de contar cos medios precisos e necesarios para realizar o traballo, senter que empregar os medios propios como apunta a seguinte informante. A día de hoxe o persoal de AP continua a facer a atención domiciliaria cos propios medios. Tamén se desprende no seguinte discurso que a informante aspira a un mellor recoñecemento académico.

Pondría coches para los domicilios en la Atención Primaria, aumentar el sueldo, conseguir no sólo el grado, si no lo que conlleva. (Nº 26. Muller. Enfermeira. 35 anos)

Algo que non ten que ver directamente coa atención de enfermmería, pero que tamén inflúe, eu creo, que para facer os domicilios nos terían que poñer un coche, que desta maneira telo que por tu, con todo o que esto supón. (Nº 29. Muller. Enfermeira. 36 anos)

Individualismo e falla de corporativismo é unha denuncia do que lle sobra a enfermmería e do que carece. Este fenómeno non é alleo o resto da sociedade de consumo, onde o que interesa é o que se gaña para poder consumir, o resto non importa moito.

O seguinte discurso denuncia unha falla de conciencia profesional e un único interese económico.

... si en primaria todos estuviésemos más unidos y convencidos de que nuestra profesión no sólo es un título para ganar dinero, primaria funcionaría mucho mejor. (Nº 20. Muller. Enfermeira. 25 anos)

O incremento e asunción de responsabilidades ven reflectido no discurso seguinte. Isto é un comentario que se escoita frecuentemente, con todo, algunhas prácticas ás que alude a informante xa se veñen realizando no momento actual na AP.

... deberíamos ampliar horizontes e incrementar responsabilidades, sobre todo en pacientes terminales, etc ..., también serviría para enriquecernos profesionalmente. (Nº 20. Muller. DUE. 25 anos)

Os cambios teñen que ser asumidos dun xeito *emico*, dende dentro, non vir impostos dende fóra. Os profesionais teñen que ter unha conciencia clara de: que son, onde están e para que, na mentres estes paradigmas non estean definidos a profesión vagará sen rumbo, facendo intervencións e cambios aleatorios.

Los cambios en el sistema son complicados, todos tendríamos que poner de nuestra parte, incluso la administración, los propios profesionales e incluso los pacientes... necesitamos en general más recursos, más información (para los pacientes) más conciencia de profesión ... no tengo muy claro por dónde podríamos empezar, supongo que por uno mismo. (Nº 20. Muller. Enfermeira. 25 anos)

... creo que una de las cosas que tiene que cambiar es la concienciación que cada enfermera/o tiene sobre la profesión. (Nº 43. Muller. Enfermeira. 28 anos)

Os novos paradigmas da profesión teñen que ser aceptados de forma individual, polos profesionais, e dende aí construír a profesión, dende as bases. Tamén a universidade e mailos colexios profesionais así como sociedades científicas deben ser instrumentos altotalantes para esta toma de conciencia.

... mejorar la formación desde la base, es decir, desde la universidad. Creo que deberíamos salir mucho mejor formados...seguir con una formación postgraduada

gratuita, seria y especializada. Formar a la gente es lo que realmente cuenta para realizar un buen trabajo en la practica diaria. No es lo mismo trabajar en una ambulancia de urgencias y emergencias que en una planta o en Atención Primaria. (Nº 22. Home. DUE .25 anos)

O feito de aumentar os recursos humanos é unha demanda constante dos profesionais que se ven desbordados pola cantidade de tarefas a realizar.

... disminuir la carga de trabajo o de presión a la que nos vemos sometidos. Sería necesario aumentar el número de profesionales en los distintos servicios fomentando el interés por el trabajo, con formación adecuada y mejoras de recursos materiales. (Nº 22. Home. Enfermeiro. 25 anos)

Estase a producir un cambio, pero a enfermmería sabe que é o que quere cambiarrealmente na profesión: autonomía, recoñecemento do que está facendo como tarefas delegadas, recoñecemento social e posta en valor do propio traballo. Por outra banda o profesional tamén debe ter claras as súas funcións como responsable absoluto dos coidados do usuario.

... lo que está cambiando, está aumentando la independencia, que el personal enfermero es importante y necesario. Empezamos a tener cometidos y funciones propias. Algo fundamental es la prescripción enfermera ya en España ... Otro aspecto sería que la imagen que la sociedad tiene de nosotros debe cambiar...La gente no sabe cuales son nuestras funciones, llama a un enfermero para decirle que la ventana no cierra o que... deberían conocer las funciones de cada sanitario, diferenciarnos ... En otros países no es así, diferencian los trabajos de cada sanitario. Contamos con muy poco tiempo para trabajos propios. (Nº 46. Home. Enfermeiro. 43 anos)

A formación especializada, sen caer no modelo biomédico, para dar uns mellores coidados, atendendo á especificidade e particularidade de cada usuario, non deben esquecer a visión holística da persoa. Observamos como este informante reivindica tamén o aumento dos recursos humanos.

... lo más importante ahora mismo me parecen las especialidades, si cada uno se especializa en su trabajo, cada uno hará mejor su trabajo. El número insuficientede enfermeras ... algún día es imposible hacer el trabajo. (Nº 47. Muller. Enfermeira. 40 anos)

A importancia de reforzar a disciplina académica fai que a profesión avance no traballo cotiá e nas outras esferas. Tamén a visión da sociedade sobre a profesión está cambiando.

Me gusta el cariz que están tomando las cosas a nivel de futuro, que parece que se está profesionalizando cada vez más, no hablemos ya de cuando éramos casi religiosos, ha

pasado la profesión a un plano universitario, se está avanzando también en eso ... Y cada vez tenemos más competencias ... (Nº 45. Home. Enfermeiro. 29 anos)

El cambio se está dando ya, la independencia, de la visión que la sociedad tiene hacia nosotros ... eso ya está cambiando. (Nº 45. Home. DUE. 29 anos)

Un factor que inflúe no cambio que se está a producir, ven dado polos cambios na esfera económica, segundo reflicte Vicente Ortún, Decano da Facultade de Ciencias Económicas da Universitat Pompeu Fabra.

... as tesoiras na aplicación de recortes ten unha visión moi negativa e é unha medida desesperada. O recorte deberá de ser unha decisión clínica. (Carreira, 2011)

A formación que se realiza na universidade, en moitos casos é impartida por médicos e fundamentada no modelo biomédico, o que fai que os profesionais teñan moitos coñecementos dende o punto de vista de axudantes de médico, de auxiliares de médico, pero non dende a perspectiva dos coidados enfermeiros.



Figura 58. Facultade de Enfermaría de Iucatán

Fonte: Postgrados Yucatán (posgrados.yucatan.gob.mx, 2016)

Hoxe co Grao en enfermaría isto continua sendo unha realidade. Na USC a dirección da Escola de Enfermaría de Santiago, por citar un exemplo, recae nunha médico, quen non ten a mesma visión que unha enfermeira.

Aparece aquí a demanda da investigación, de asumir totalmente a docencia coa finalidade de conseguir a autonomía profesional.

...el poder acceder a temas de investigación, a especializarse en temas de docencia para que enfermeros enseñemos a enfermeros porque de hecho en la carrera nos dieron clases médicos, muy buenos, que te enseñan la parte médica pero dentro de la

perspectiva de enfermmería tu puedes enseñar medicina, la parte clínica y el cuidado que nosotros tenemos que darle a muchas patologías y no solo de la parte médica que está muy bien saber pero realmente nosotros nos formamos como enfermeros y somos un estamento independiente. De los créditos que teníamos como una diplomatura, se podía haber hecho, ya hace años, una equivalencia con los créditos europeos para tener un título de grado, como se está diciendo ahora con esos mismos créditos para tener un grado, una licenciatura. (Nº 45. Home. Enfermeiro. 29 anos)

A organización colexial profesional é pouco tida en conta no discurso dos profesionais, con todo, si se lle demandan servizos como o caso que segue.

interesaría que también los organismos colegiales... se dedicaran un poco a informar las salidas laborales que hay al terminar la carrera. (Nº 45. Home. Enfermeiro. 29 anos)

Respecto o síndrome do queimado no traballo ou *burnout*, unha das cousas que debe ter claro un profesional da enfermaría é que o primeiro que precisa dos seus coidados é el mesmo, coidarse a si mesmo é un dos pasos máis importantes no proceso do coidado dos outros. Se non se coida o profesional, se non esta san, como vai coidar a outros?. Te que estar san para irradiar saúde.

Tuve una profesora que decía: “los enfermeros somos como las flores, nos tienen que regar para estar contentos”. (Nº 43. Muller. DUE. 28 anos)

... me disgusta ver a compañeras desmotivadas, creo que antes de meterte a hacer enfermmería, como cualquier otra carrera, tienes que pensar si te gusta el trabajo que tienes que hacer en el futuro. No soporto cuando la gente pasa de todo, no le dan importancia a las cosas que dicen: “eso no lo hago, que lo haga otro ...”. Entiendo que todos podemos tener un mal día, pero tenemos que comprometernos y luchar por ese trabajo en equipo y en nuestro caso pensar en el enfermo, el no tiene la culpa de que nosotros no estemos a gusto. (Nº 43. Muller. Enfermeira. 28 anos)

Neste momento no Hospital Lucus Augusti haioitocentas once enfermeiras de base, cincuenta e tres supervisoras, unhadirectora e dúas subdirectoras de enfermaría, o que nos leva a que cada dezaseisprofesionais de enfermaría unha delas forma parte da dirección. A medida que unha organización medraen produción e cargas de traballo, diminúen os traballadores de base e aumentan os de xestión.

... sería necesaria una mejor organización por parte de la dirección, sobran supervisoras y falta gente que trabaje en las plantas. (Nº 43. Muller. Enfermeira. 28 anos)

Si se pretende dar unha atención integral o individuo e realizar o traballo ben feito, mal que lle pese á administración ten que aumentar os cadros de profesionais, que no caso de Lugo non cumpren os rateos.

También es necesario aumento de personal, para poder repartir las cargas de trabajo.
(Nº 43. Muller. Enfermeira. 28 anos)

cambiaría las carteleras de trabajo, aumentar un enfermero por turno de noche, es mucha responsabilidad para uno solo. (Nº 42. Home. Enfermeiro. 23 anos)

Segundo o seguinte discurso os familiares e acompañantes, supoñen un problema para os profesionais, quizais por non consideralos parte do tratamento a realizar. Se o profesional revisase a teoría do tratamento a impartir e o que pretende facer é un tratamento integral, sobre o usuario, darase conta que deberá actuar sobre o medio do usuario, familia ou entorno social.

No podemos olvidarnos de los familiares, no en pocos casos, interrumpen el normal desarrollo de nuestro trabajo. (Nº 43. Muller. Enfermeira. 28 anos)

Os familiares e acompañantes precisan dunha atención dos profesionais da enfermmería para que a atención sexa holística, debemos integralos nos coidados enfermeiros tanto na AP como na AE.



Figura 59. Os acompañantes dos usuarios

Fonte: Revista Dixital Rose (Revista Rose.es, 2015)

Diante da situación económica actual, unha das trabas que se presenta ao modelo holístico de coidados de enfermmería é como xestionar de maneira equilibra para conservar a autonomía da profesión enfermeira e mais realizar unha atención eficiente das demandas en aumento. Así o cuestionan diversos autores como Beardwood, Walters, Eyles e French (1999).

O futuro da profesión mirando o entorno socioeconómico actual, preséntase un tanto complexo, con todo, o factor máis importante é o humano, polo que a enfermmería será o que queiran todos e cada un dos profesionais.

4.4. A imaxe da enfermaría e a súa evolución ate a actualidade

Aínda que só sexa de forma livián non podemos deixar de deternos, na imaxe da enfermaría proxectadas dende os medios artísticos, plásticos e de comunicación; por ser un tema que inflúe na imaxe da profesión enfermeira na sociedade.

A imaxe é a representación mental de alguén ou algo, que nos da idea e fai que formemos unha opinión da visión que estamos presenciando, indo acompañada dos recordos e sentimentos almacenados no noso subconsciente e que nos fai reaccionar de xeito automático, segundo os recordos almacenados. Podemos dicir que é como a carta de presentación, individual ou colectiva.

A partir dunha estampa o imaxinario colectivo vai crear unha serie de estereotipos que para ben ou para mal van acompañar o obxecto ou portadores desta visión, atribuíndolles un rol que ben pode axustarse ou non a realidade. Só polo feito de estar presente no imaxinario popular, esta imaxe, xa ten a presenza suficiente como para ser unha realidade cultural establecendo se entra dentro na “normalidade” ou non.

Un estereotipo é unha imaxe ou idea aceptada comunmente por un grupo ou sociedade con carácter inmutable. É unha imaxe mental simplificada acerca dun grupo de xente que comparte certas calidades características e habilidades. É un modo de categorizar o mundo real. O estereotipo é un concepto de “grupo” baseado no subxectivo. A súa forza reside no grao que é percibido por quen o cree como unha representación válida do real, cada cultura establece o que supón natural. (Burguete, Martínez, & Martín, 2010, p. 39)

O rol é un conxunto de comportamentos e actitudes agardadas dunha determinada persoa ou persoas dentro dun esquema organizativo ou un posto específico dentro dunha organización. (Mompert, 1994, p. 98)

A imaxe da enfermaría forma parte do imaxinario popular, atribuíndolle en moitas ocasións estereotipos máis positivos, e noutras unha estampa coa que non saen tan favorecidos os profesionais. En todo caso, trátase de estereotipos que dan lugar en moitas ocasións a lendas urbanas, do propio momento no que se desenvolven. Así temos dende o estereotipo relixioso de primeiros de século ate a actual imaxe frívola e atrevida, incluso erótica, utilizada para determinados eventos na actualidade, pasando pola imaxe comercial que reforza e da fe das calidades e bondades do produto, exhibindo noutras ocasións a súa imaxe dos profesionais como

grotesca, psicópata ou luxuriosa. Quedando polo medio outras nas que a profesión non sae moi ben parada.



Figura 60. A imaxe da enfermaría

Fonte: Día da enfermmería (noticias.universia.com.ar/cultura/noticia, 2015)

No que podemos observar, sen entrar en grandes fonduras, dado que o tema da para máis dunha investigación, non concorda a imaxe que os usuarios teñen dos profesionais da enfermaría, coa imaxe que estes cren que dan, quizabes subxace un complexo debido ao lugar que ocupan no escalafón do sistema sanitario, alimentado este, polo modelo biomédico co gallo de manter a enfermaría baixo o seu control.

A imaxe e maila linguaxe, van en moitas ocasións unidas, poisa palabra é creadora de mundos e imaxes con existencia no mundo real. Contamos no noso país con grandes eruditos destas creacións entre os que podemos citar, por dicir algún, a Álvaro Cunqueiro, fabulador que deu vida a senlleiros personaxes, algúns dos que se encarnaron na súa vila natal de Mondoñedo.

Franco Grande (1973) fala de que os galegos temos unha especial facilidade para vivir en dous mundos: o mundo real, que se nos impón; e o mundo imaxinativo, o mundo da fantasía que nós creamos.

Tamén García Sabell (1981) pon de relevo a idiosincrasia galega que se constitúe entre os límites do medio circundante e do medio figurado.

Este mundo transmitímolo a través da palabra. Podemos dicir que somos un pobo fabulador e que fai moito uso da palabra dun xeito moi particular e concreto. Así debemos de ter especial prevención nas palabras que usamos.

No mes de abril de 2015 foi publicada a candidatura presentada polo Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) para as eleccións sindicais do seis de maio no SERGAS na Área Centro de Lugo. As listas estaban conformadas por diferentes profesionais e traballadores, entre os que atopamos auxiliares administrativos, mantemento, celadores, médicos, cociñeiros e outros. Chamounos a atención que ao lado do nome dos profesionais de enfermaría (que aparecían nesta

candidatura) no lugar onde figuraba a profesión, neste caso poñía ATS, tivemos a curiosidade de mirar a titulación dos vinte profesionais que figuraban neste listado dos que tan só dous deles, realizaron os estudos de ATS, obtendo posteriormente a titulación de Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), tras superar as correspondentes probas de avaliación; polo tanto a súa titulación era universitaria en enfermaría.

Os estudos conducentes a obter o título de ATS desapareceu no ano 1980, a partires de ese momento a titulación pasou a ser universitaria á vez que cambiou a denominación, termo este último importante para a imaxe profesional dado que a través da palabrapasa de proxectarse a idea dun axudante técnico a ofrecer a imaxe dun profesional cunha disciplina propia e universitaria. En posteriores estudos haberá que analizar o comportamento dos profesionais que continúan empregando a vella denominación de axudantes e o dos profesionais que rexeitan este adxectivo cualificativo, analizando ate que punto pode influír no seu desenvolvemento profesional e aceptación dos novos paradigmas da profesión

Non debemos perder de vista que a enfermaría é unha profesión feminina culturalmente o que xa leva consigo a asunción implícita de determinados estereotipos e roles atribuídos a este xénero concreto.

A enfermaría ten unha estreita relación coas construcións culturais de xénero, o que significa ser muller ou ser home que leva a unhas e a outras a asumir formas diferentes de ver e vivir o mundo, estes estereotipos inflúen, consideran e definen cales son os traballos axeitados para cada sexo. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermaría, 2010)

Deste xeito, como se pode constatar e tamén o sinalan Burguete e Martínez (2010) continúa vixente a imaxe de enfermeiras de conformidade cos estereotipos femininos máis obsoletos como: anxos, virxes, obxectos sexuais, putillas. Estereotipos estes que coinciden cos comúns culturalmente aplicados ás mulleres, independentemente da súa profesión.

Arredor dos profesionais da enfermaría hai moitos mitos estereotipados, que se encontran máis ou menos presentes na sociedade e mesmo entre os profesionais. Moitas destas imaxes son fomentadas por profesionais ou por estudantes de enfermaría coa finalidade de facer a “gracia”, sen caer na conta que están propagando un mito sobre a súa profesión, o que máis cedo ou máis tarde vai reverter na imaxe que se proxecta socialmente dos profesionais enfermeiros.



Figura 61. Enfermeira lagarteira

Fonte: Revista de enfermmería (revistaenfermeriaug.blogspot.com.es, 2013)

Os estereotipos máis comúns neste momento podemos encadralos dentro de tres imaxes que imos ver de seguido.

A imaxe relixiosa de anxos e virxes, ten a súa orixe na etapa vocacional dos coidados, xa que estes eran exercidos por persoas ligadas a unha filosofía relixiosa. Dentro deste estereotipo podemos atopar un subgrupo chamado o “anxo da morte”, que alude á profesionais que coa excusa de axudar, quitaban a vida os pacientes movidos segundo eles por una filosofía relixiosa.

A imaxe de axudante ou secretaria, amosa a unha persoa con intelixencia e coñecementos reducidos, así como reducida autonomía, e ningún poder na toma de decisións. Esta imaxe foi promovida polos médicos nos séculos XIX e XX. Tamén en moitas ocasións polos propios profesionais, incluída Florence Nightingale. Este rol adxudicáselle dun xeito máis predominante á muller, non excluindo del ao home.

Obxectos sexuais o estereotipo sexi, polo xeral vai unido o estereotipo de “ninfómana”. A súa orixe atopase en fantasías sexuais. Dentro desta mesma imaxe aparecen variantes como a imaxe da enfermeira leather. Estas imaxes adoitan ser empregadas como reclamo por establecementos de hostalaría.

A imaxe do home ligada o xénero. O estereotipo homosexual. Esta imaxe ven da idea do imaxinario popular de que a enfermaría é un traballo feminino, motivo polo que os homes que exercen esta profesión, as veces son etiquetados como homosexuais ou efeminados.



Figura 62. Enfermaría masculina e homoerotismo

Fonte: Revista de enfermía (revistaenfermeriaug.blogspot.com.es, 2013)

No imaxinario popular como vimos no capítulo 3 a imaxe dos profesionais da enfermaría acostuma a ser positiva.

... la imagen social de la enfermera... pienso que se ocupa de que estes bien ... cuando tu vas al hospital y te fijas en las enfermeras, son las personas que están contigo y no se ... creo que es una imagen positiva. (Nº 75. Home. Estudante de enfermaría. 19 anos)

... estamos moi ben considerados ... e bueno facemos o que podemos ... vese que andamos incluso apurados ... e a xente reconece ben a enfermaría. (Nº 77. Home. Enfermeiro. 45 anos)

... eu creo que na sociedade aínda segue un pouco da idea de profesións femininas e masculinas ... e que a sociedade sigue sendo sexista ... aínda non cambiou tanto ... desde que estudiaba eu creo que a profesión foi unha profesión moi ben valorada por que recordo que comentaba ... eu estudio para enfermera era algo que estaba ben visto, que notabas boa aceptación por parte da sociedade. Agora sigo notando o mesmo ... bueno ... as estadísticas o din, que somos das profesións mellor valoradas deste país, por algo será, por que somos bos, non hai distinción entre homes e mulleres. (Nº 78. Muller. Enfermeira. 47 anos)

Con todo algúns profesionais consideran que o imaxinario popular non fai xustiza á imaxe que estes pretendan proxectar.

... la imagen que la sociedad tiene de nosotros debe cambiar ... después descubren que es un personal bien formado y amable ... pero en un primer lugar piensan que no.(Nº 46. Home. Enfermeiro. 43 anos)

... dáselle mais valor a unha profesión ou outra dependendo de quen opine, tamén cal sexa a profesión ou cal sexa o cargo dentro desa disciplina ... o mellor a persoa que mais traballa e mais contacto ten co paciente non é quen mellor imaxe social ten. (Nº 76. Muller. Auxiliar de enfermaría-Estudante de enfermaría. 30 anos)

Nos profesionais de enfermaría dende unha perspectiva *emic*, está a darse unha comparación continua coa profesión médica. Hai un síndrome de inferioridade moi interiorizado *“eu son menos que”* ... Este estado de ánimo afecta os profesionais individualmente e tamén a profesión e a disciplina. Xa fomos vendo os diferentes orixes deste pensamento/sentimento que tamén se transmite ao resto da sociedade. Por este motivo, será importante transformalo nun sentimento positivo, que os profesionais sintan que son os mellores no seu traballo e que este é autónomo.

A nova visión debe de ser *“eu son enfermeiro/a, realizo o meu traballo dun xeito autónomo mellor ca ninguén, non son nin teño que ser máis ou menos que”*... Só deste xeito proxectaremos ao resto da sociedade unha imaxe autónoma, con coñecementos e profesionalidade.

Os profesionais da enfermaría teñen que deixar atrás e esquecer a súa imaxe de técnicos subordinados. Teñen que asumir totalmente as responsabilidades dos coidados, que é a tarefa encomendada dentro do sistema sanitario. Este é o seu campo de traballo. Non ten por que ocupar outro, nin asumir funcións que lle sexan alleas a esta parcela. Abonda con asumir as propias funcións, coñecelas, melloralas, levalas a termo e dignificalas.

A enfermaría debe de deixar o complexo de inferioridade fronte a outras profesións sanitarias e sentirse orgullosa do que fai é como o fai, fai o que ten que facer, como o sabe facer e que outras profesións nin saben nin teñen que facer. Aí radica a súa exclusividade e a súa beleza.

Queremos rematar este capítulo transcribindo o decálogo de enfermaría elaborado por un compañeiro de Málaga a primeiro do presente século, que define unha visión profesional e resume moito do que se dixo aquí.



Figura 63. Decálogo da enfermaría

Fonte: Cuidanet videoBlog de enfermaría (Hernández, 2015)

Decálogo de enfermaría

1. *Somos enfermeiras/os. Antes fomos practicantes e ATS. Non rexeitamos a nosa historia, pero o noso verdadeiro nome é enfermeira/o. PIDE SER CHAMADA/O ASÍ.*
2. *Identifícate e deixa constancia cada vez que fagas algo. Tanto a poboación como os nosos xestores non perciben todo o que facemos, e moitas veces queda como feito por outros.*
3. *Somos profesionais. Esixe un trato digno e unas condicións de traballo axeitadas.*
4. *O noso traballo consiste en coidar. As veces esquecése e cremos que consiste en tomar tensións, repartir medicación, curar unha ferida, ou manexar o respirador máis sofisticado.*
5. *Coidamos do enfermo, do san, da familia e da comunidade.*
6. *O noso campo profesional debe defenderse e aumentarse. Non che dea medo facer cousas novas, nin preguiza facer as de sempre.*

7. *É a nosa responsabilidade que os nosos coidados sexan de calidade. Isto conseguiremos entre outras cousas a través da Formación e maila investigación.*

8. *A nosa metodoloxía de traballo é o proceso de atención de enfermaría (PAE)*

9. *Loitemos con toda a enerxía contra prexuízos e etiquetas machistas e sexistas. Minisaias, devoradoras de homes, caza-maridos, ou xogar a médicos e enfermeiras.*

10. *Sexamos optimistas. En contra da tendencia pesimista tan difundida nas nosas reunións, pensemos que foi moito o camiño percorrido en tan pouco tempo. Cada vez temos mellor formación, e cada vez serán máis necesarios os coidados. Temos moito que andar e mellorar pero O FUTURO É NOSO*

Juan Miguel Izquierdo Carrasco, Centro de Saúde Alhauín El Grande, Málaga (Izquierdo, 2004, p. 1)



Capítulo 5. A enfermaría diante do espello das canles de comunicación



Portada Enfermeir@s (Coria, 2012)

*O máis puro tesouro dos mortais é unha reputación
inmaculada. Perdida, os homes non son máis que madeira
dourada e arxila pintada. (William Shakespeare)*



5.1 Preliminares

Aquel dito oriental que certifica que “o significado dunha imaxe expresa máis de dez mil palabras” é ben certo; con todo, no noso país, polo si ou polo non, existe un dito popular que nos advirte do perigo que as imaxes supoñen anunciando de xeito categórico “ollo! que a vista engana”, advertíndonos de que debemos ter presentes outros parámetros e non fiarnos tan só do que se ve. O que en ocasións parece evidente pode ter outra explicación non tan evidente á primeira vista, motivo polo que para non facer xuízos apresurados debemos ver máis alá do que os nosos ollos perciben pois “todo e *aseghún* como se mire” e non so depende do cristalco que se mire. Son moitos os factores que inflúen na percepción das imaxes, como se mira, quen o fai ou en que momento, son variantes influentes no resultado final da percepción por parte do noso cerebro. Imos ver neste capítulo como a imaxe está marcada pola cultura. Para rematar este encabezamento dicir que a imaxe non escapa á relatividade subxectiva que moitas veces empregan algúns para conseguir os obxectivos que pretenden, sexan estes máis ou menos lícitos. A interpretación da imaxe case sempre vai cara aos intereses dos petos daqueles que nos mediatizan, de aí que debemos aprender a ler das imaxes interpretando a súa linguaxe.

Non estaba previsto na folla de ruta desta investigación analizar a imaxe da enfermaría dende o punto de vista iconolóxico, pero un acontecemento, ocorrido cando xa o proceso deste traballo estaba na súa fase final, levounos a reflexionar sobre a importancia e pertinencia de dedicarlle unhas breves notas a esta cuestión, por parecernos que complementaba o noso traballo á vez que abría as portas a afondar sobre a influencia que na imaxe social da enfermaría teñen as canles de comunicación, dunha banda sobre os usuarios e, doutra, sobre os propios profesionais, como veremos neste capítulo.

O tema a tratar neste capítulo, por si mesmo, é obxecto de investigacións e teses doutorais, dado que unha das tarefas que se realizan dende a antropoloxía social, consiste, segundo AbnerCohen, en analizar as formas simbólicas para descubrir as súas funcións simbólicas. Nosoutros tan só queremos subliñar a súa importancia, poñendo uns botóns de mostra.

A imaxe da portada de Enfermeir@s. Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo do número 20 do mes de novembro de 2012, e coa que comezamos este capítulo, foi motivo de polémica xurdido por parte dalgúns membros do colectivo de

profesionais da enfermmería lucense por considerar que esta imaxe nos devolvía a tempos pretéritos e non desexables polos profesionais neste momento. O investigador foi testemuña presencial tanto da realización do retrato como da polémica que este suscitou, así como as circunstancias e prolegómenos que rodearon a ambos.

A imaxe foi tomada nun ambiente festivo, no que se rendía homenaxe a unha compañeira que se xubilaba, e as súas compañeiras de servizo quixeron celebralo recordando longas xornadas de traballo, ataviándose co vestiario da época e así contextualizar recordos acaecidos no transcorrer dos anos. O autor da portada na parte inferior da imaxe recrea un espello, cuxa significación ven da época clásica coa representación da Prudencia que aparece cun espello; a lección é que sexamos capaces de vernos a nosoutros mesmos, cos nosos defectos, tal e como somos, sobre todo á hora de tomar decisións, de non ser asínon chegaremos ao propio coñecemento polo tanto seremos incapaces de transformarnos continuando a repetición dunha conduta errática.

A enfermmería ten que ser capaz de mirarse no espello, ver como é a súa imaxe, lle guste ou non, só a partir deste punto poderá realizar os cambios precisos, na dirección axeitada, porque terá acadado a sabedoría do seu propio ser. Por outra banda, tampouco deben os profesionais da enfermmería avergoñarse de onde veñen, foi moito o traballo que realizaron en prol da profesión os devanceiros dos actuais graduados en Enfermería, de non ser polo seu esforzo a enfermmería non ocuparía o lugar no que está hoxe.

5.2. Concepto de imaxe

O concepto da imaxe segundo queda recollido no dicionario da Real Academia de la Lengua Española (RAE) ten a súa orixe no latín, *imago*; con esta verba pretendese describir a figura, a representación, a aparencia ou aspecto dunha cousa, persoa ou grupo. Podemos dicir que é a representación visual dun elemento. (RAE, 2015). No caso da Real Academia da Lingua Galega (RAG), engade unha acepción enriquecedora á vez que apunta cara ao que aquí estamos a estudar, “Representación mental de algo ou de alguén, real ou irreal, material ou abstracta” (RAG, 2015).

Roland Barthes en *Retórica da imaxe* refire que “segundo unha etimoloxía antiga, a palabra imaxe, debería relacionarse coa raíz de imitari”. Continúa cunhas reflexións sobre a significación de cómo e até onde a imaxe ten sentido en si mesma e segundo as mensaxes que poida ter (Barthes, 1965). Este autor somete ás imaxes a unha análise espectral das mensaxes que conteñen. Fálanos dunha mensaxe lingüística, unha explícita relacionada directamente coa significación do que se ve e outra implícita relacionada coas calidades dos diferentes compoñentes que conforman esa imaxe, elementos estes empregados na publicidade coa finalidade de ser transmitidos con maior ou menor claridade ao público a quen vai dirixido.

A importancia da imaxe, como expón Gordo (1999), ven dada polas características que esta leva consigo ao saber que todos temos unha imaxe, sexamos ou non conscientes diso; tamén debemos ter presente que a maioría das decisións que tomamos facémolo debido á percepción recibida a través dos ollos, tardando o noso cerebro en procesar a primeira impresión sobre unha persoa ou cousa uns breves segundos; provocando ou evocando en nos unhas emocións que serán as que nos leven a tomar as decisións. Isto explicámolo *grosso modo*, coa finalidade de entendérmonos e non de entrar nos diferentes mecanismos que forman parte de algo tan cotiá e que se antolla tan sinxelo.

No que respecta a imaxe que proxectamos, aínda que non o consideremos así, non responde a unha actuación que realizamos consciente ou inconscientemente senón que reflicte como somos realmente. Dous son os elementos básicos neste proceso de interpretación da imaxe que proxectamos ou recibimos, o receptor e mais o emisor. Debemos ter presente que as experiencias anteriores de ámbolos dous (emisor e receptor) van influenciar a nosa reacción diante desa imaxe. Como consecuencia do que estamos a dicir dedúcese facilmente que o traballo de creármolos unha imaxe non é algo do momento, trátase mais bendun proceso continuado no tempo e require unha metodoloxía e non podemos deixar ao chou ningún estímulo pois todos forman parte do proceso da percepción.

O motivo polo que preocupa tanto a imaxe que ofrecemos ven dado porque posuír unha imaxe que está socialmente aceptada leva tras de si unha maior influencia sobre o grupo, sen esquecer que cambiar dunha imaxe negativa a unha positiva é moi dificultoso, incluso ás veces imposible.

A nivel de grupo debemos ter conciencia de que a imaxe global, podemos dicir institucional, está conformada pola imaxe de cadanseu membro, dándose unha propiedade reflexiva, dado que cada membro do grupo tamén está influenciado pola imaxe deste, como conxunto. (Gordo, 1999)

Táboa 9. Características da imaxe

Todos, sen excepción temos unha imaxe
A maioría das decisións que tomamos, facémolo polos ollos
A percepción da primeira impresión cara a unha persoa é procesada polo cerebro breves segundos
A imaxe que se crea dun individuo provoca unhas emocións que serán as que tomen as decisións
O traballo para crear unha boa imaxe é continuo
A imaxe é como somos, non é unha actuación
A imaxe depende do receptor e emisor
O proceso de creación da imaxe require unha metodoloxía
A creación dunha boa imaxe non debe deixar ao chou ningún estímulo, todos forman parte do proceso de percepción.

Cambiar unha imaxe negativa a positiva resulta moi dificultoso
O posuír unha boa imaxe socialmente aceptada trae consigo unha maior influencia e máis efectiva sobre o grupo.
A imaxe da institución será a formada pola imaxe de cadanseu membro
O traballo para crear unha boa imaxe é continuo

Fonte: Extraído de Víctor Gordo Gil, El Poder de la Imagen Pública, Grijalbo, México, 1999

Cando se realiza a interpretación dunha imaxe faise de acordo ós prexuízos relacionados con ela, o que nos leva ao concepto de estereotipo que ven dado polas crenzas e valores popularmente aceptadas sobre as características que salientan ao posuidor ou posuidores e que axuda a categorizar estes atributos para facer máis coherente a comprensión do mundo.

5.3. A linguaxe e imaxe

Noam Chomsky fálanos da importancia da linguaxe á hora de estudar e comprender a natureza humana e os seus comportamentos. “ A linguaxe parece ser unha verdadeira propiedade da especie, exclusiva da esencia humana no esencial e parte común da herdanza biolóxica ... A linguaxe ten que ver dun xeito fundamental co pensamento, a acción e as relacións sociais ... a capacidade de resolver problemas, a creatividade artística e outros valores da vida e actividades humanas.” (Chomsky, 1988, p. 14)

Indo máis alá, a linguaxe é un elemento social que de forma natural resulta ser o vehículo da cultura que nos achega ás realidades concretas e individuais de cada un dos pobos que conforman a humanidade. De aí a importancia de coñecer a lingua materna cos significados e significantes de cada un dos usuarios sobre os que imos a actuar. Así nolo refire Ramón Piñeiro no parágrafo que transcribimos a continuación,

Ora, o home é un ser social. A súa individualidade realízase mesmamente na convivencia con outros homes. De aí, que a forma natural da autorealización humana sexan esas unidades de convivencia que chamamos pobos. O “pobo” é a unidade natural de convivencia, a “cultura” é a súa forma e a lingua é o seu vehículo. Os distintos pobos, as distintas culturas e as distintas linguas son as realidades concretas que corresponde á unidade ideal que nós chamamos humanidade. A humanidade realízase a través dos pobos, a través das culturas, a través das linguas. Ou sexa, a través da pluralidade. Reparemos ben niso, a través da pluralidade, da diversidade e do cambio continuo. (Piñeiro, 2007, p. 95)

Todo aquilo que se pode verbalizar é algo real, forma parte dun espazo no universo. O mesmo acontece coa linguaxe verbal que coa linguaxe de imaxes, véndose reforzada a unha coa outra, polo tanto, un pensamento plasmado na linguaxe verbal e a través de imaxes non cabe ningunha dúbida da súa existencia real no universo. De aí a importancia que ten a linguaxe.

Na profesión enfermeira debe poñerse especial atención na linguaxe. Non aceptar que se chame ós profesionais con nomes que supoñan unha inferioridade ou trato vexatorio e que non se axusten a realidade do momento profesional, así como rexeitar documentos que poñan frases tales como: “ordes médicas” ou “ordes para enfermmería”. En lugar diso deberá de dicir: “indicacións médicas ou prescricións médicas”.

No caso que nos ocupa tamén podemos falar da imaxe como corporativa, por integrar este concepto, o referente ás calidades que os usuarios atribúen a un determinado grupo, neste caso ós profesionais da enfermaría. Trátase en definitiva do que a profesión enfermeira significa para as distintas sociedades nas que desenvolve o seu traballo.

A imaxe proxectada dos profesionais da enfermaría presenta moita máis importancia da que lle damos. Non podemos menos que deternos, aínda que sexa dun xeito lixeiro, nun tema de tanta transcendencia que vai a influír directamente no desenvolvemento cotiá da profesión. Chegados a este punto, formúlásenos o seguinte interrogante: O profesionais, son conscientes da imaxe que ten a sociedade deles? Teñen conciencia da imaxe que eles proxectan á sociedade?

Dende a década dos oitenta vese favorecido un novo tipo de cultura maioritariamente visual na que a imaxe complementa a palabra. Actualmente algunhas mensaxes transmítense exclusivamente a través de imaxes.

Na liña da teoría científica da cultura de Malinowski, consideramos a pertinencia e a relevancia das fontes iconográficas para o estudo da imaxe enfermeira.

Parécenos acertado como refiren algúns autores “o crecente interese neste tipo de investigación, empregando bases de datos non tradicionais tanto como imaxes, películas, novelas e símbolos” (Santo Tomás, A, Castanedo, Fernández, & I., 1997, pp. 13-16). Estes datos serven para coñecer e comprender como son percibidas socialmente as profesións.

Xa dixemos mais arriba que non imos deternos en profundidade nesta cuestión, tan so o necesario para sacar unhas notas ou inclusive marcar unhas liñas a seguir en futuras investigacións.

A imaxe externa dunha persoa é unha gran fonte de información sobre a súa personalidade. Os xestos, a forma de camiñar, de vestirse, de peitearse, de maquillarse, a expresión da mirada, os adornos, o aseo persoal e o aspecto global que nos ofrece, revelan características máis ou menos relevantes da súa forma de ser. Isto fai que nos fagamos inconscientemente unha impresión dunha persoa nada máis vela, impresión que, en moitos casos, se corresponde á realidade, como comprobaremos co paso do tempo cando xa coñecemos a esa persoa máis profundamente. En xeral, unha persoa correctamente vestida e aseada denota equilibrio e respecto cara as normas sociais. A expresión do rostro acostuma ser moi significativa o igual que os movementos. A imaxe que os demais se formen de nós, a partir dunha primeira impresión, é a que xeralmente perdura e a que nos abre e nos pecha as portas a novas oportunidades. Tódolos seres humanos proxectamos unha imaxe fronte ós demais, que comeza a formarse a partir dos nosos aspectos físicos, fortalécese con todo aquilo que deixamos ver de nós e consolídase co que os demais perciben e interpretan de cada unha das nosas actuacións. (La página de la vida, 2015)

De cote construímos unha imaxe de cómo nos ven os outros, esta imaxe pode concordar co que realmente somos e co que os demais queremos que pensen e crean de nós. Unha vez que os demais se fixeron esa imaxe de nós, resulta difícil te oportunidade de cambiala, de aí ven a importancia de que a primeira impresión ven a ser a que perdura e resultará fundamental en posteriores decisións que se poidan tomar.

Resulta importante coidar a nosa imaxe no tempo, pois sempre reflicte o que quixemos amosar nun primeiro momento, polo que é necesario unha coherencia nas nosas actuacións e comportamentos. Se perdemos esa coherencia a nosa imaxe vaise deteriorar ou pode chegar a cambiar totalmente, resultando imposible recuperala.

A imaxe non ven dada só polos xeitos de actuar, estilos de vestir ou de enfeitarse, a forma como nos comunicamos determina tamén o xeito como os demais nos ven, as palabras que utilizamos teñen gran importancia no proceso comunicativo pois revelan o noso grao de coñecemento, educación e respecto cara os demais, a entoación e maila linguaxe corporal son os aspectos que máis inflúen na imaxe que se formen de nós os outros.

Segundo Fernando Albán a entoación así como o contacto visual, os xestos, o manexo das mans e a nosa posición corporal revelan a veracidade das nosas mensaxes, a forma de cómo nos sentimos e mailo noso grao de seguridade ou incomodidade fronte a determinadas situacións ... o importante é conseguir que a nosa imaxe proxecte o que realmente somos (Albán, 2014).

Os profesionais da enfermaría, en primeiro lugar, contan coa imaxe que ofrece presenza física do individuo, podemos tomar como exemplo a uniformidade como elemento “diferenciado” doutros profesionais, tema ao que aluden algúns dos nosos usuarios cando din que non diferencian ao persoal que os está atendendo, sobre todo na AE, non saben se son, “*as das camas, as enfermeiras, ou outro persoal*”.

Podemos concretar que a imaxe da profesión enfermeira ven dada, por unha banda, pola imaxe que teñen os usuarios e que na presente investigación analizamos no capítulo 3, por outra, pola imaxe que teñen os propios profesionais do exercicio diario, analizada no capítulo 4; por último, unha fonte máis da imaxe, non menos importante, é a xerada polos medios de divulgación que tratamos no presente capítulo.

A industria farmacéutica fíxose consciente do poder que ten a imaxe da enfermeira-muller, por iso a utiliza para dar a coñecer e promover produtos fabricados por ela. A enfermeira non só vende medicamento, tamén se utiliza a súa imaxe para a venda de produtos fitosanitarios, xampús ou outros.

Actualmente a imaxe da muller emprégase como reclamo en diversas situacións de ocio, na industria do xoguete, bonecas disfrazadas de enfermeiras, maletíns de enfermeira ou disfraces abundantes e variados. Cando os disfraces van destinados a mulleres ou a homes de máis idade, adquiren un ton erótico chegando incluso ao mal gusto. Esta imaxe emprégase en *filmes* e internet, utilizando á enfermeira como asistente devota, tamén en escaparates de *sexshop*, como reclamo sexual. Esta tendencia en lugar de diminuír, vai en aumento.

A imaxe da enfermaría proxéctase á sociedade dende estes medios nas súas múltiples formas, facendo que os individuos vaian elaborando e concibindo unha idea dos profesionais estereotipada. Ao mesmo tempo, os profesionais adoptan estes estereotipos como membros da sociedade na que están inseridos, producíndose a súa aceptación nuns casos ou o seu rexeitamento noutros.

Resultan preocupantes algunhas imaxes da enfermaría, difundidas nos medios: *filmografía, cómics, carteis*, que poden dar lugar achistes e chanzas, onde se presenta ós profesionais da enfermaría, especialmente ás do xénero feminino, como promiscuos, viciosos e exentos de toda profesionalidade, sendo obxecto de comercio

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

carnal, atendendo a outros coidados non especificados no deseño curricular ou ben sen capacidades de iniciativa ou autonomía, nin nas funcións profesionais.

No transcorrer do século XX trocouse a imaxe da enfermeira como garante de saúde por outra, dende as primeiras décadas ate os anos sesenta, nos folletos e anuncios nos mass media e mesmo no envoltorio de determinados produtos, latas de pemento, xaropes, licores e elixires.

A personaxe de “*Doña Tecla Bisturín. Enfermera de postín*” creada por Raf, e publicado pola Editorial Bruguera na década dos setenta, na que podemos observar o estereotipo da enfermeira ás ordes do médico, despistada, e interesada máis pola lectura de novelas que pola atención nas tarefas e actividades que realiza. A enfermeira pasa así a ser un personaxe de segunda categoría, valeira de contidos, realizando uns coidados técnicos (con desgana) e que lle indica o médico.

O sometemento ao que estivo abocada a profesión enfermeira foi sostido pola transmisión dunha imaxe tradicional da profesión como asistente de enfermeiros e médicos. (Heierle, 2009, p. 97)



Figura 64. Cartel denunciado

Fonte: Diario Enfermero. Marzo de 2015

Posteriormente chegamos a imaxe erótica festiva que se nos presenta a partir da década dos oitenta e que chega ate nosoutros froito dun mercado, non propio da enfermaría, e no que a imaxe profesional queda bastante mal parada. Non negamos a carga de erotismo que poida ter para determinadas persoas esta imaxe, o que chama a atención é que esta sexa difundida polos propios estudantes e mesmo profesionais da enfermaría (utilizados por determinados establecementos de hostalaría) como reclamo de festas e celebracións varias, coa finalidade de recadar cartos para a viaxe de fin de carreira. En todo caso, é a observación que podemos apreciar e que pode ser obxecto de análise pormenorizado no seu momento.

Neste senso sinalar que a profesión é sensible a estas circunstancias o que ven reflectido no que aconteceu no mes de marzo do ano do 2015 cando o Colexio de Enfermaría de Ciudad Real “denuncia a imaxe denigrante da profesión que difundiu o cartel dunha festa”, que se amosa a esquerda. (Muñoz, 2015).

Todo isto ven a amosar, dunha forma bastante gráfica, como a imaxe social da enfermeira se foi degradando e como en boa parte a responsabilidade recae nos

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

propios profesionais que non deben ser consentidores desta imaxe estereotipada e degradante.

Pásase da imaxe de ser profesional dos coidados, como garante de saúde e harmonía, a ser centro morboso. En ocasións, chégase a ver esta situación como algo “normal” nun momento no que estamos a vivir, onde o que vende é a imaxe do individuo ligada a súa condición sensual. Amósasenos á persoa baleira e sen contidos ou valores, como se dun cascaronse tratase.

5.4. Canles de comunicación

A imaxe social dunha profesión está moi condicionada polo xeito en que as súas características se divulgan a través das diferentes canles de comunicación. As canles, que consideramos que contribúen ou inflúen na creación e adopción de imaxes nos individuos da sociedade, van dende as máis simples e rudimentarias ate as máis complexas, dende as que tiveron máis influencia no século XIX ate as que a teñen a día de hoxe, ningunha delas perdeu vixencia con todo o mundo da imaxe e da difusión vese sometido a cambios vertixinosos na última década.

Imos citar algunhas das canles máis salientables, que podemos observar dunha forma gráfica na figura que ofrecemos a continuación destes parágrafos e que agrupamos baixo catro epígrafes: artes primarias (considerámolas as máis antigas e serviron de base para edificar tódalas que veñen de seguido), artes escénicas, medios de comunicación de masas, para rematar deténdonos nos máis recentes que forman parte do grupo das novas tecnoloxías e as redes sociais.

1. Artes primarias: literatura, música, debuxo, pintura, escultura iconografía, fotografía. A través dos diferentes xéneros , novela, relato, deron lugar a novas manifestacións como os cómics, carteis, e dun xeito máis elaborado ao seguinte grupo.
2. Artes escénicas e entre elas: teatro, cine ou televisión. Que foron aparecendo nesta orde cronolóxica.
3. Medios de comunicación de masas (mass media) dentro dos que se encontran: prensa, radio e televisión.
4. As novas tecnoloxías aplicadas ás redes sociais: a través do internet ou multimedia, con bases de datos, buscadores e paxinas de información, *blogs*, redes sociais como *Facebook*, *YouTube*, ou *Instagram*, por citar algunhas das máis representativas.

Todas estas canles de comunicación influíron e inflúen na imaxe da enfermaría, como imos ver deténdonos minimamente en cada unha delas.



Figura 65. Canles de comunicación.

Fonte: Elaboración propia.

5.5. Literatura

Debemos ter presente que a enfermaría está presente nos diferentes xéneros literarios: épico, o conto, a novela ou a fábula; lírico, a canción, ou o himno; dramático, traxedia, comedia ou melodrama; e para rematar o didáctico, no que se enmarca a chamada literatura profesional da enfermaría. Este último xénero non o imos a analizar neste apartado, por non aportarnos moito ao que estamos a estudar. A literatura emprega a enfermidade, os profesionais da saúde, ou o mundo sanitario como parte, incluso cerne, do seu relato describindo unha serie de observacións ou



episodios biográficos, culturais, sociais ou biolóxicos que nos amosan o mundo da saúde, da enfermidade ou da morte en diferentes escenarios máis ou menos lonxe nas cordeadas espazo temporais.

Se nos centramos no mundo dos coidados redúcese o número de autores e obras. De seguido veremos algunhas de recente publicación e non tanto outras. Encontramos novelas baseadas na biografía e no traballo desenvolvido especificamente por profesionais da enfermaría en diferentes épocas da historia.

Figura 66. Charles Dickens

Fonte: iberlibro(iberlibro, 2013)

Referenciaremos algunhas despois de facer unha mención a dous clásicos presentes na literatura universal.

Unha piscadela da literatura narrativa na enfermaría atopámola xa, da man de Miguel de Cervantes na súa novela universal de *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, (1605) cando nos fala de Maese Nicolás, barbeiro sangrador, profesional da enfermaría da época e das súas prácticas.

Por mediados do século XIX, Dickens, preséntanos nas súas novelas un modelo de enfermeira inglesa que *Florence Nightingale* rexeitou, despois de identificar os cambios sociais do seu tempo e de valorar o impacto destes na saúde da poboación.

Charles Dickens é o autor inglés por excelencia da primeira metade do s.XIX. Gran observador da realidade que o rodeaba, soubo retratar como ninguén a vida de cote da sociedade vitoriana na que viviu. As enfermeiras do hospital moderno non son unha excepción nos personaxes por el retratados na súa obra. *Vida y Aventuras de Martin Chuzzlewit*.

Podemos considerar a obra de Dickens como un bo referente literario da época, no que o autor nos amosa a enfermeira enmarcada socialmente dentro da institución hospitalaria como unha “muller da vida”, borracha, malhumorada, interesada e outras características nada edificantes para a imaxe dunha persoa que exerce os coidados nun contexto no que o hospital ten uns fins sociais máis que de saúde.

Debemos ter presente que noutras latitudes non é esta a circunstancia, por estar a enfermaría en mans de ordes relixiosas. Tomando Florence Nightingale ás características das/os profesionais relixiosas aplicándoas a unha enfermaría laica.

Na literatura aparece reflectida a vida social do momento e, como non, a vida do mundo da saúde e mesmo do ámbito sanitario no que é frecuente encontrar ao colectivo de enfermmería. Entre algúns títulos destas obras coñecidas e recoñecidas podemos encontrar: *El último judío* de Noah Gordon, *La expropiación de la salud* de Juan Gervás e Mercedes Pérez, dos mesmos autores *Sano y salvo*, *Noches de guardia* de Paula Roc, *El médico rural* de Kafka, *El olvido que seremos* de Héctor Abad Faciolíncedo, *Planes de boda* de la Doctora Jomeini, *De guardia con Oscar* de David Dosa, *El cirujano de Al-Andalus* de Antonio Cavanillas, *Prodigioscopio* de José Fernández Guerra, *La casa de la luna* de Amic Mackay, *Un antropólogo en Marte* de Oliver Sacks, *Hijos del ancho mundo* de Abrahan Verghese, *La ciudadela* de Alchibald Joseph Cronin, *Los cuadros del Anatomista* de Ken Philbin, *Monte Miseria* de Samuel Shem, *Matarrratas* de Alejandro Aris, *El médico del tiempo* de Ann Benson, *Sinuhé el egipcio* de Mika Waltari, *El paciente* de Juan Gómez Jurado, *El médico hereje* de Jose Luis Corral, *El faro de Alejandría* de Gilliam Bradshaw, *El árbol de la ciencia* de Pio Baroja, *Un hombre afortunado* de John Berger, *Mala ciencia* de Ben Goldacre, *El doctor Zhivago* de Boris Pasternak, *Tiempo de silencio* de Luismartín Santos ou *La montaña mágica* de Thomas Mann. Moitas delas foron pasadas ao cinema.

Imos facer a revisión dalgunhas publicacións que nos parecen útiles para esta investigación por referirse directamente á visión histórica ou antropolóxica da enfermmería tanto pasada como presente. Nas seguintes obras, encontramos diferentes formas e estilos que van dende a novela histórica ate relatos de actualidade, pasando por autobiografías escritas en diferentes estilos, dende os que se axustan á narrativa máis pura ate a linguaxe irónica e humorística.



Figura 67. Caballeros de Malta
Fonte: Portada del libro Edición Edebé. 2011

En *Caballeros de Malta* de Elia Barceló, a autora ofrécenos unha obra na que se ve reflectida a enfermmería do século XVI, o que nos serve para mergullarnos na época na que o mundo occidental tiña os de recuperar os lugares nos que viviu Jesús de Nazaret e que nese momento pertencen aos infieis, polo que se organizan expedicións militares co gallo de libralos. Estas marchas precisan de coidados enfermeiros, que se darán na campaña, tanto na vangarda, como na retagarda.

Nesta novela histórica lemos como os coidados enfermeiros estaban administrados por ordes relixiosas específicas, confluíndo nas mesmas persoas características militares e relixiosas prestando atención aos que enfermaban ou eran feridos en combate. Son moitas as ordes espalladas pola xeografía que levan adiante estas misións, Os Cabaleiros Teutónicos ou os Cabaleiros da Orde do Temple ou Templarios son dos máis coñecidos. No caso das Cruzadas ós Santos Lugares, os encargados deste labor eran, entre outros, os

Cabaleiros de San Xoán de Xerusalén, con función militar, relixiosa e asistencial. Tamén se encargaron de exercer este labor ao longo do Camiño de Santiago, fundando e rexentando diversos hospitais establecidos nesta traxectoria

O seu símbolo, a cruz de oito puntas, aínda hoxe a podemos observar en edificios que claramente cumpriron estas misións, como é o caso da igrexa fortaleza de San Xoán de Portomarín, na Provincia de Lugo, que se encontra no Camiño de Santiago, na variante coñecida como Francés.

Nesta obra, a autora fai unha recreación do acontecido no 1565 na illa de Malta, baixo a protección desta orde relixiosa.

No caso da obra *Todo corazón para los enfermos: Camilo de Lellis*. Alessandro Pronzato fainos un relato diferente, de como un soldado deixa as armas para dedicarse aos coidados.

Esta obra tamén se enmarca dentro da novela histórico-biográfica, cunha trama que transcorre dende finais do século XVI e primeira década do XVII. O relato biográfico recolle a existencia de Camilo de Lellis, soldado cunha vida desordenada que decide dedicarse ós coidados dos máis desfavorecidos e remata facendo a fundación dunha orde relixiosa, a orde dos Camilos, *Clericorum Regularium Ministrantium Infirmis* ou Congregación Ministros dos Enfermos e Mártires da Caridade. Esta mesma liña é seguida pola orde española: Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, fundada en Madrid por Bernardino de Obregón en 1567 que entre outros administraron o que podemos considerar o primeiro hospital “Xeral” que houbo na cidade de Lugo (*Hospital de San Bartolomé*) no século XVI.

Foi unha congregación específica de enfermeiros e reformadora da enfermaría da súa época que tivo importante relevancia nos coidados enfermeiros daquel momento, presentando xa uns profesionais xerarquizados e con funcións claramente especificadas e diferenciadas, establecendo diferentes categorías de coidadores.



Figura 68. Todo corazón para los enfermos.

Fonte: Portada del libro Edición Sal Terrae. 2000.



Figura 69. La casa de convalecencia

Fonte: Portada del libro
Ediciones B.2011

Situada temporalmente no século XX encontramos a obra de Maile Chapman *La casa de convalecencia*.

Nesta obra ambientada en Finlandia nos inicios do século a autora fainos partícipes de cómo eran tratadas as enfermidades das persoas acomodadas naquel momento, sendo moitas delas reais e outras imaxinarias.

Refire as situacións nun sanatorio para mulleres divididas segundo a súa procedencia. Nunha planta mulleres finesas e noutra estranxeiras acomodadas. Son as enfermeiras que prestan os coidados neste establecemento sanitario as que están continuamente coas internas. No transcorrer do tempo, danse unha serie de acontecementos que deixan translucir non só as reaccións das usuarias senón tamén o das enfermeiras, mostrando a realidade das persoas que máis alá do seu traballo profesional teñen un pasado e unhas vivencias que as van a marcar na súa forma de actuar.

Aparece a figura da enfermeira como a dunha muller cun pasado. Xa non falamos de mulleres ou homes consagrados ao servizo dunha orde relixiosa, o que marca unha diferenza importante na historia da profesión.

Cando a bolsa se funde nos anos 30, América mergúllase na Gran Depresión. Unha muller, a solas, trata de infundir esperanza á nais máis necesitadas, mentres o mundo ao seu carón empeza a romperse. Este é o panorama que nos amosa a novela *La comadrona de Hope River*, onde se describe con autenticidade a realidade duns tempos tremendamente duros e difíciles nos que a bolsa de Wall Street ven de caer.

A narración fálanos do exercicio do oficio de comadrona nos anos trinta nun estado de Virginia, onde a protagonista dedica a súa vida ós demais, loitando contra a adversidade, a cambio de recibir aquilo que as familias lle poden dar, fariña, unha pita ou leña, a maioría nada. A protagonista convértese en alguén respectado que loita tamén coa súa vida persoal, ademais dos problemas que se presentan no exercicio da súa profesión, cordóns umbilicais afogando o bebé, encaixonamentos e outros. Contando con mínimos recursos e cun final non sempre feliz, como a realidade da vida, nuns tempos nos que recibir atencións médicas era todo un luxo.

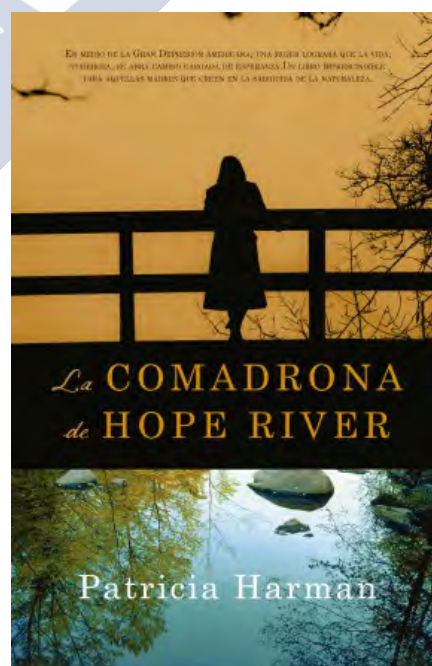


Figura 70. La comadrona de Hope River.

Fonte: Portada libro Edit. La esfera de los libros .2013

A enfermeira ten que afrontar outros problemas sociais, traballadores explotados, conflitos raciais ou empresariais arruinados, son tan so algúns dos que están presentes neste momento da historia enmarcada no Estado de Virxinia occidental. Patricia Harman foi comadrona nas zonas rurais do oeste de Virxinia, o que a leva a coñecer de primeira man o que relata na súa novela.

Observamos aquí unha nova imaxe dos profesionais da enfermaría, comprometidos non só cos coidados directos sobre o corpo senón que tamén se ofrecen uns coidados sociais, considérase a persoa no seu entorno social non só como un ser biolóxico.



Outra obra no mesmo senso é *Llama a la comadrona*, de Jennifer Worth. Neste caso, a narración tamén amosa o traballo dunha comadrona pero, a diferenza da anterior, céntrase nunha serie de casos illados de mulleres “a termino” con algunha referencia á súa vida persoal. A narración sitúase nun barrio de Londres a mediados do século XX que está marcado polas secuelas da guerra, con edificacións en ruínas, mulleres pobres que dan a luz entre o lixo e parasitos. A autora desta obra ten en común coa anterior que tamén exerceu de comadrona despois de pasar por outros traballos menos comprometidos socialmente. Amosa a dureza do traballo a realizar pola enfermaría, con usuarios que pasan por momentos económica e socialmente

Figura 71. Llama a la comadrona

Fonte: Portada del libro Ediciones Lumen. 2012

adversos, así como o compromiso dos profesionais que en moitas ocasións é só atribuído a obrigacións de tipo relixioso. Por ir máis alá do estritamente profesional.

Algunhas teóricas da enfermaría, chegan incluso a converter o exercicio profesional nunha filosofía comparable a unha relixión. Esta obra foi levada as pantallas como serie de televisión..

As dúas obras que citamos a continuación teñen como escenario a guerra civil española de 1936 a 1939, sendo diferentes os matices que nelas podemos observar, aparte dos diferentes xéneros. No primeiro caso trátase dunha novela, no segundo dunha obra biográfica.

Comezaremos por *La enfermera de Brunete* de Manuell Maristany. Esta novela histórica narra a implicación persoal das enfermeiras nos hospitais de sangue. Esta

situación dáse en calquera conflito bélico, neste caso durante a guerra civil española, na que foron frecuentes as situacións que aquí se relatan.

No caso da protagonista, doa o seu propio sangue realizando unha transfusión de brazo a brazo para salvar a vida dun militar. No relato, pódese observar como as enfermeiras non están exentas de sentimentos persoais e como deben convivir con estes mentres realizan o seu labor humanitario. Tamén se observa como se implican non soamente social senón tamén politicamente, sen deixar de exercer a súa profesión con ética. Amósasenos así a unha profesional de enfermaría humana en tódalas súas dimensións, cunha conciencia política que moitas veces se lle nega a estes profesionais, o que non lles impide exercer a profesión sen faltar en absoluto as súas obrigas.



Figura 72. La enfermera de Brunete

Fonte: Portada del libro Edición Planeta. 2009.



Figura 73. A una milla de Huesca

Fonte: Portada del libro Edición española de Judith Keene y Víctor Pardo. 2005

A una milla de Huesca. Agnes Hodgson. Diario de una enfermera Australiana en la guerra civil española.

Neste caso trátase da narración biográfica dunha enfermeira que formando parte dunha expedición Australiana ven a prestar os seus servizos á península durante a guerra que seguiu o golpe militar do 18 de xullo de 1936. O diario de Agnes Hodgson comeza mesmo coa travesía en barco, vai narrando a dureza da situación observada pola protagonista, e como se mesturan os problemas políticos co único afán que ela ten de ofrecer os seus coñecementos profesionais ao servizo dos que sofren as secuelas da guerra. Cando regresa ao seu país escribe un diario coas súas experiencias. Este diario foi editado pola historiadora Judith Keene. No caso da edición en castelán conta coa riqueza que lle dan os documentais, que se engadiron, de Víctor Pardo acerca de la guerra civil en Monegros e tamén fotografías do momento e que non aparecen na edición australiana.

El paciente Inglés. Michael Ondaatje.

Esta obra literaria tamén foi levada con gran éxito ao cinema. A situación temporal do relato prodúcese ao remate da Segunda Guerra Mundial na Toscana. Dende o punto de vista que nos ocupa nesta investigación, podemos observar a figura da muller como enfermeira realizando unha das súas funcións máis importantes e moitas veces esquecidas, cando se fala do coidado por ser considerada esta función algo inherente ós propios coidados e que vai implícito nestes, trátase do acompañamento, non só no plano físico, tamén no psicolóxico. O coidado é presentado dende o punto de vista antropolóxico, como forma de diminuír ou evitar a vulnerabilidade do individuo, nun intento de reconciliación coa vida pasada. Preséntase a morte no relato, como unha parte presente na vida, como un contínuum que á vez achega ao individuo a esa reconciliación consigo mesmo. O papel que xoga a enfermeira, unha enfermaría autónoma que atende ao paciente dun xeito holístico na vida, na enfermidade e máis na morte. Ademais dos coñecementos e habilidades técnicas, a súa actitude é de empatía e comunicación asertiva co usuario, o que lle permite o obxectivo do seu traballo: que a persoa coidada se encontre mellor, tanto física como animicamente.

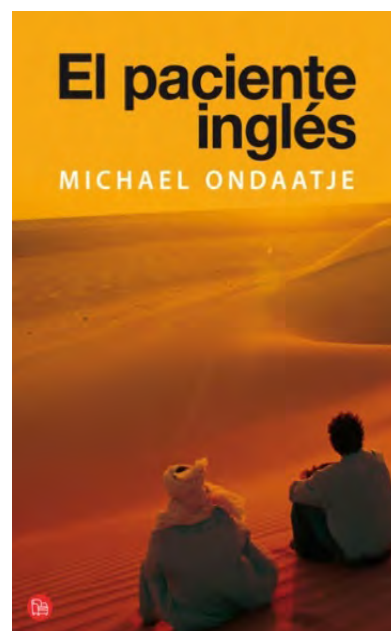


Figura 74. El paciente Inglés

Fonte: Portada del libro
Edición Punto de lectura 2008.



Figura 75. La voz invisible

Fonte: Portada del libro Edición Planeta. 2015.

La voz invisible. Gisela Pou.

Novela na que se plasma a realidade que está vivindo a sanidade neste momento, presentando no cerne do relato, como protagonista, a unha enfermeira do Hospital de san Pau de Barcelona, Celia Matheu. Na obra vai narrándose o transcorrer de cote no mundo hospitalario, presentando neste caso coma un microcosmos, no que están presentes as vidas, sonos e frustracións dos profesionais que esquecen a súa vida persoal, para axudar a outros. Observamos como as enfermeiras son invisibles na maioría das ocasións, á vez que indispensables para o funcionamento dunha sanidade recortada, situación esta que lle afecta á profesión. “As enfermeiras son como o aire que respiramos invisibles e imprescindibles”. Tamén presenta anécdotas que lles acontecen a estas sanitarias. Unha das riquezas desta

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

novela é a cantidade de referencias literarias que aparecen ao longo da obra, para consultar novas lecturas, que lle van resultar de gran axuda ao lector interesado por estes temas. No transcorrer do relato destacamos a idea de que ser enfermeira significa escoitar aos pacientes e que “non se traballa de enfermeira se é enfermeira.”

Anécdotas de enfermeras. Elisabeth G. Iborra.



A autora, xornalista de profesión, vai narrando nesta obra diferentes anécdotas acontecidas a enfermeiras e enfermeiros nos seus centros de traballo, superando en moitos casos a imaxinación popular e as lendas urbanas sobre estes sanitarios. Nesta obra preséntanos o estado de nerviosismo dos usuarios cando visitan os servizos sanitarios, que os levan a ser protagonistas de auténticos feitos que chegan a rozar o esperpento. Lonxe de facer graza, debe de levarnos á reflexión sobre o xeito de ser, facer e entender a vida dos conxéneres. A obra seguramente foi escrita para facer rir ou sorprenden ós lectores, actitude esta bastante reprochable. Como profesionais culturalmente

Figura 76. Anécdotas de enfermeras

Fonte: Portada del libro Edición Styria. 2008.

competentes, debemos de analizar estes feitos baixo unha visión antropolóxica cultural, para poder achegarnos máis aos usuarios dos servizos sanitarios e deste xeito ser máis conscientes da súa cosmovisión do mundo da saúde e do mundo sanitario. Se estas situacións son reais, que o son, o persoal de enfermaría debe tomar boa nota, realizar unha análise de en qué está errando e que é o que debemos facer para que non continúen dándose nos nosos centros de traballo estas situacións que a autora cualifica de surrealistas. En todo caso a enfermaría debe de estar á altura dos usuarios, tratando de axudarlles, sendo consciente que detrás das manifestacións observadas existe un xeito de ver e entender a vida diferente, sendo o labor da enfermaría adaptarse á linguaxe cultural e mesmo persoal dos individuos cos que está a traballar.



Enfermera en apuros: la que elige el tamaño de la aguja. Ana Polegre

A autora desta obra relata nun ton irónico a situación actual pola que están pasando vinte mil parados de enfermaría no estado español. Este colectivo enfróntase a situacións máis ou menos estresantes por ser algunhas delas descoñecidas, véndose obrigadas a formarse sobre a marcha, estando as 24 horas pendentes dunha chamada telefónica solicitando os seus servizos en lugares ou postos de traballo descoñecidos. Estas características danse igualmente se se traballa na enfermaría pública ou privada.

Figura 77. Enfermera en apuros

Fonte: Portada del libro Edición Planeta. 2015.

Unha parte do relato é dedicado a describir a influencia da profesión enfermeira na vida persoal cotiá destes profesionais. Tamén fai referencia aos mitos que rodean a profesión, entre os que destacan os eróticos ou os de xénero. Realiza unha análise do momento actual que debemos de ter presente no momento de estudar o estado da profesión enfermeira.



Figura 78. La vida es suero

Fonte: Portada del libro Edición Janés. 2014.

La vida es suero. Historias de una enfermera saturada. Saturnina Gallardo.

O autor, Héctor Castiñeira, realiza esta publicación nunha editorial, baixo un pseudónimo, despois do éxito obtido nas redes sociais. Comeza ao principio do 2012 en Twitter, “*contando o día a día dunha enfermeira española que busca o seu oco na sanidade, sempre dende o punto vista humorístico*”. Posteriormente crea un *blogs* dos diferentes relatos previo á publicación. Un dos obxectivos do autor é facer visible a enfermaría aos usuarios, amosar que é e cales son as súas funcións. Considera igualmente que son os propios profesionais os que se teñen que encargar da súa imaxe, xa que a Administración non o fai, á vez que deben tomar conciencia da importancia desta visibilidade da profesión.

No momento de redactar estas liñas, despois de publicar *La vida entre suturas*, ven de saír á luz *Las uvis de la ira*, que son prolongacións da obra que estamos a comentar.

O éxito das súas obras reside en plasmar unha imaxe realista do que acontece nestes momentos coa profesión enfermeira e cos seus profesionais, realizando unha crítica en ton “retranqueiro” e sen medo, véndose reflectidos os profesionais da enfermaría nas anécdotas cotiás, que poden servir para rir ou para chorar, o autor dá así voz a unhas profesionais que entenden son elas mesmas/os quen falan e non saberían elixir as palabras xustas ou non poden facelo pola súa posición dentro das institucións onde desenvolven o seu de traballo.

Unha das máximas do autor é narrar de xeito crítico a situación da profesión, tanto a nivel institucional como profesional ou popular, o que se podería resumir en “espertar conciencias”.

Mesmo dentro da literatura encontramos unhas obras dirixidas os máis pequenos que falan da enfermaría e que se poden incluír no caixón da literatura infantil.

Dentro deste xénero, encontramos un conto para ensinar a ler aos nenos, no que unha das protagonistas, a letra C, é enfermeira, amosándonos unha imaxe tenra e doce que ten un bo entendemento cos nenos, exercendo de coidadora e educadora. Neste

caso, o soporte no que se encontra esta obra é na rede nun *blogspot* de educación infantil.

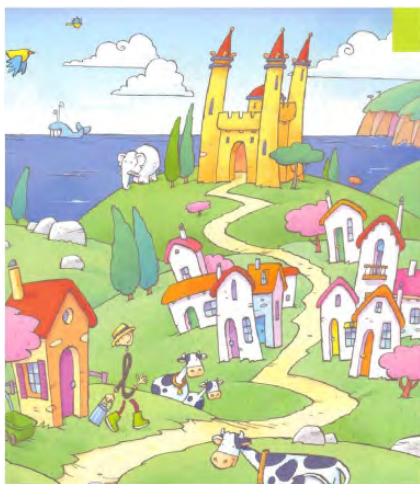


Figura 79. El país de las letras

Fonte: <http://leoconpapaymama.blogspot>
(leoconpapaymama, 2015)

Baixo o epígrafe de conto *El país de las letras*, podemos deleitarnos cunha historia que relata como a señorita C naceu nunha cidade a outra beira do mar e veu ao país das letras a estudar para ser enfermeira, gustoulle tanto que se quedou a traballar nel. Os Reis do país estaban buscando alguén para coidar aos seus fillos e a enfermeira C ofreceuse para coidalos pois gustábanlle moito os nenos. Os reis aceptaron gustosos e aconselláronlle que tivera coidado para que non lles pasara nada nin causasen problemas e para que non fixesen encabuxar a ninguén coas súas trasnadas, nin estragasen os xardíns, pois os príncipes son un pouco trastes...

Advertimos aquí a imaxe da enfermeira como coidadora perfecta, pois as anteriores non foran quen de levar por bo camiño aos príncipes, cousa que a enfermeira consegue grazas á súa empatía cos pequenos.

Como podemos observar a imaxe dos profesionais vai cambiando segundo o momento e as circunstancias. Neste momento a profesión enfermeira vai máis aló de contemplar ao usuario que atende como un mero corpo. Considérase que a enfermaría atende tamén outras necesidades do individuo humano, polo que debe estar inserida dun xeito activo na sociedade e máis na cultura, deixando a vella imaxe, que por outra lado non atende a realízade, de que a enfermeira é xorda aos diferentes acontecementosque rodean a persoa en cada momento.

5.6. A Música como canle de comunicación de enfermaría

A música é universal e está presente en tódalas culturas, creamos e recreamos a música mesmo cando a escoitamos. Proporcionáanos entretemento, pracer e tamén cumpre unha función social. Na música encontramos elementos orientados a dimensión física, como o ritmo, ou a melodía que se dirixe cara as emocións. No referente a dimensión social reflicte o contexto histórico e xeográfico no que se orixina unha obra en concreto, o que vai permitir que o individuo se recoñeza así mesmo dentro dunha cultura concreta, coa súa temporalidade e as súas propias particularidades. Axuda o individuo a asentar os seus recordos e os sentimentos de pertenza a un grupo, a unha determinada zona xeográfica e mesmo a historia tanto persoal como social dun momento determinado. Non podemos esquecer a dimensión espiritual da música, que o leva a pertenza da humanidade e mesmo do universo ou do Ser Superior. (Ribeiro, 2014, p. 1)

A música é un elemento de comunicación cargada de intencionalidade, producindo dende unha reacción estética a outras máis fondas. Á vez que favorece as relacións interpersonais a diferentes niveis.

Como obra de arte e manifestación cultural é unha formalización simbólica ou poética dun acontecemento, un suceso ou unha problemática que procura evocar ou convidanos a nomear e nomearnos, a proxectarnos no espazo e nomear o obxecto. (Flusser, 2015, pp. 3-6)

Neste estudio non imos máis que facer unhas breves anotacións sobre a música referente á enfermaría como canle de comunicación da imaxe da profesión. Por este motivo imos sinalar que o achádego encontrado ao respecto foron, por unha banda, algúns programas de radio nos que se lles dedicaban cancións aos profesionais de enfermaría e que veremos no apartado dedicado á radio.

Por outra banda, contamos con letras de cancións alusivas á enfermaría, dalgunhas delas sinalaremos parte do seu contido por chamar este a nosa atención.



La enfermera de la noche. La Mode

Titulo do disco: *Lo que faltaba.*

Soporte: Maxi 12pulgadas. Ano: 1982.

Discográfica: Nuevos Medios.

Autor da letra: Fernando Márquez e Mario Gil

Posteriormente en 1985 e 1993 aparecen novas publicacións deste mesmo tema noutras obras.

Figura 80. Lo que faltaba. Portada del disco

Nuevos Medios. Fonte: 7digital (7digital, 2014)

Este tema musical viu a luz cando se deu o fenómeno cultural da era do rock en español, coñecido como *La movida madrileña*, naceu en Madrid a finais dos anos 70, non abarcaba só a música, pois conta con outras manifestacións artísticas: historia literatura, prensa, televisión, fotografía ou moda. Trátase dun movemento contracultural que xurde arredor de grupos musicais *punke* que se asenta en Madrid (principalmente) e Vigo, dende onde se expande a outras cidades e provincias do Estado español, o mesmo acontecía (neses momentos) en cidades como Londres ou Nova-Iorque.

Letra

eu pago os meus impostos,
e ti es a miña enfermeira de noite,
eu pago os meus impostos,

e ti tes o que eu necesito,
eu pago os meus impostos,
y ticóidasme como ninguén o faría,
eu pago os meus impostos,

e tisábelo sen ti aburriríame,
e ti es a miña enfermeira de noite,
e sempre estarás ao meu carón,

...

e ti sabes o que xa non me gusta,
eu pago os meus impostos,
y ties a miña filla incestuosa,
eu pago os meus impostos
e tamén pago os teus vicios e as túas cousas,

...

Análise do texto:

No referente á enfermaría, nunha primeira lectura xa tomamos conciencia de que non se refire a unha enfermeira profesional. Entendemos que utiliza a imaxe da enfermeira para referirse, utilizando unha figura retórica a outra persoa ou cousa, diferente do significado e o que entendemos por unha profesional da enfermaría; ben podería ser que fixese referencia a súa parella ocasional ou estable.

A imaxe da enfermeira da noite, segundo o relato, podemos considerar que é a que está cabo dun, velando o seu sono mentres durme, a que está vixiante ofrecendo os coidados que o usuario precise, sexan de compañía ou outros, está ao servizo dun porque se lle paga. A enfermeira coñece os gustos do usuario e trata de compracelos. Por outra banda a enfermeira nunca falta, sempre está cabo dun. Este concepto é repetitivo. Observamos tamén que outro elemento fai alusión de xeito repetitivo, trátase do pago á “enfermeira”, motivo polo que esta debe prestarlle os seus servizos. Esta circunstancia xa foi analizada no capítulo dedicado á visión dos usuarios sobre o persoal de enfermaría, cando os informantes, usuarios, relataban que pagaban a enfermeira, polo que esta debía compracer as súas necesidades e seguir as súas ordes.

Unha vez feita unha primeira lectura e realizadas estas primeiras observacións, imos realizar a análise dentro do contexto social de onde procede a canción e que sinalamos máis arriba. A movida madrileña estaba marcada pola xeneralización do uso e abuso no consumo de drogas. Se substituímos a palabra enfermeira por heroína, e fixamos os impostos en 18.000 pesetas daquel momento que era o prezo dun gramo desta substancia, tamén coñecida como *jaramo*, *burro*, *caballo*, *damablanca*, e pola que sentían adoración os participantes desta subcultura pois facíao sentirse escravos da heroína, xa temos descifrados os símbolos co seu significado real. Outro dato biográfico que coñecemos é que a canción foi dedicada o seu intérprete cando estaba realizando un proceso de desintoxicación.

A comparación, cando menos resulta interesante, realízase en termos positivos e como loubanza da profesional.

Saraluna de Ramón Melendi Espina



Figura 81. Portada do CD Un alumno más

Fonte: lahiguera.net(lahiguera.net, 2014)

Esta canción fala nunha estrofa dunha enfermeira que destaca polas calidades humanísticas, a xenerosidade e maila integridade da persoa ate o punto de dar a súa vida. Estas bondades, segundo o discurso, van ligadas máis á persoa que á profesión en si mesma, como vimos anteriormente noutros discursos semellantes. Os profesionais de enfermmería deben posuír estas calidades dobremente, por unha banda polo feito de ser unha profesión feminina e por outra, por ser profesionais aos que se lles presupón unha sensibilidade e unha dedicación cara ao resto da sociedade que mesmo podemos enmarcar dentro dunha filosofía de entrega aos demais, rozando o misticismo relixioso.

... Sara con grandes esforzos conseguía a duras penas cursar unha enfermmería ...(Ver Anexo V).

Na análise do verso que transcribimos aquí encontramos unha ambigüidade, por unha banda pódese interpretar “*unha enfermmería*” nun ton despectivo, como estudos de segunda categoría ou ben como unha virtude máis da protagonista desta historia que con grandes esforzos, apesares de traballar, conseguiu realizar uns estudos universitarios. Non nos ofrece a letra ningún outro elemento, para saber por onde se decanta o autor, polo que esta ambigüidade pode ser interpretada segundo a subxectividade de cada individuo que escoite a canción.



Figura 82. El país de las letras

Fonte: Letrilandia
(leoconpapaymama, 2015)

La enfermera C.Letrlandia. El país de las letras.

O igual que no caso da literatura, tamén encontramos unhas cancións infantís para ensinar o abecedario que na letra C fala da enfermeira como coidadora dos nenos. Esta letra vaise relacionando con outras letras e sons. A letra C simbolicamente pode representar aos coidados. O personaxe é doce e sabe dirixir ós nenos, chegando a conquistar os obxectivos pretendidos, de que os nenos, que son moi inquedados, se porten ben, o que consegue a protagonista co seu trato agarimoso. (Ver anexo V).

De seguido, anotamos una serie de títulos: *La enfermera, Enfermera de mi corazón, El tuntun de mi corazón, Enfermera, Linda enfermera, Como besa una enfermera*; todas estas cancións son do mesmo ou parecido estilo musical, *cumbia* colombiana ou peruana. As letras son todas tamén co parecido discurso romántico, erótico festivo. Empréganse figuras retóricas nas que aparece a enfermeira como un

Os modelos culturais de enfermaría: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

obxecto desexable, co seu uniforme branco de pureza, con calidades anxelicais atribuídas á muller que debe de coidar do home. Estas figuras reforzan a imaxe androcéntrica da muller e da profesional da enfermaría polo feito de pertencer ao xénero feminino.

O ámbito xeográfico no que son creadas estas cancións sitúase case exclusivamente en América Central. No referente a súa difusión, podemos dicir, que se estende a tódolos países de fala hispana que participan da cultura lingüística e musical.

No contexto social cabe salientar que nestas culturas a androxinia está moi presente, onde a muller é propiedade do home, transmitíndose esta circunstancia nas letras destas cancións nas que se fala da muller coma se dun obxecto se tratase.

No referente á cronoloxía, a súa creación vai dende os anos oitentaate a segunda década do século XXI, en que se seguen, tanto escribindo, como difundindo musicalmente. Algo que neste momento non se debería permitir, polo que se fai necesaria unha importante intervención cultural a fin de que non continúe reproducíndose este modelo machista.

Vexamos como mostra a letra da canción que segue. As letras dalgunhas outras poden verse no Anexo V.

Linda enfermera

Autor: Walter León compositor de Cumbia peruana, creador del grupo musical “Los ilusionistas”

Interpretación por *Orquesta el Supercombo*. Ano 2011

Letra

Cando na rúa sempre te vexo
linda enfermeira toda de branco
sinto que a miña vida se vai enfermado
por un bico teu non sei que facer
anxo que coidas vidas e amores
sabes que ti es a flor que quero
...
enfermeira non me fagas sufrir
enfermeira non me fagas chorar
cúrame a pena do corazón
enfermeira dáme do teu amor
...

Destaca no contexto androcéntrico que sinalamos, a enfermeira como produtora de sufrimento, cando pola contra debe ser aliviadora deste.

No seguinte caso podemos observar como o xénero musical cambia pero o tema da letra é o mesmo

Enfermera vudú. Expulsados
Buenos Aires Argentina.2011
Xénero: *punk rock*

Letra

Enfermeira vudú só a túa menciña vai curarme.
Enfermeira vudú ven xunto a miña cama cando ninguén estea nopavillón.
Enfermeira vudú non quero mais camisas de forza.
Enfermeira vudú quero ser parte dos teus rituais e saír do hospital.
...
Enfermeira vudú cóntame un conto ate que durma
...



Figura 83. Portada do disco Expulsados
Fonte:coveralia.com (coveralia, 2013)

Sen movernos da mesma área xeográfica podemos observar outro tipo de cancións como himnos, xénero que non imos analizar por escaparse aquí xa da nosa área de estudo, non encontrando repercusión directa; dado que no noso país non se empregan este tipo de manifestacións profesionais cremos que correspondería a outros estudos facer esta análise. Tan só citar algúns títulos como curiosidade: *Himno a la enfermera mexicana, Himno a la enfermera Argentina, Himno de enfermería código de ética, Himno de la enfermera de Perú, Himno de la Escuela Militar de Enfermeras. Defensa Nacional de Mexico.*

Imos rematar este apartado transcribindo a letra que recentemente escoitamos nunha reunión festiva de enfermeiros, que nun ton humorístico e irónico foi coreada polos presentes, a xeito de denuncia e reivindicación dalgunhas situacións ás que moitos profesionais son sensibles. Respéctase neste caso o idioma empregado polos informantes así como o título que lle deron.

Himno enfermeiro español

Letra de autor anónimo. Música: *Soyminero* de Antonio Molina

Año 2015

Yo no maldigo mi suerte
Porque enfermero nací
Si me llaman ATS
A hostias le pongo a parir
No me da envidia el dinero
Porque de orgullo me llena
Ser el mejor enfermero
De toa' la sala de urgencias
De toa' la sala de urgencias
Llego a la sala cantando
Mientras pongo una sonda
El médico se queda mirando
Viendo al enfermero trabajar
Y cuando siento una pena
Lanzo al cielo mi cantar:
Soy enfermero,
Y temple mi corazón pinchando las venas,
Soyenfermero,
Y poniendo sondas y vías me quito las penas
Soyenfermero porque a mi nada me espanta
Y solo quiero el sonidodeeeeeeeeeeeeeeeeeeee!!!
Mi ambulancia!!
Compañero, tu valora y diagnostica
Mientras
Termino
Que al compás del suero quiero
Repetirle al mundo entero
¡YO! ¡SOY ENFERMERO!

Podemos observar como o valores que se transmiten a través deste medio musical, son xeralmente de xénero, preséntase a protagonista enfermeira como muller sometida aos desexos do home, inclusive na primeira obra presentada, onde emprega unha figura retórica, para referirse á heroína representada pola enfermeira. Coa excepción da cantiga infantil, a de Melendi e esta última que acabamos de ver, tódalas demais seguen o mesmo patrón.

5.7. Iconografía

Volvamos ao tema da imaxe neste momento da man de Aristóteles, quen dicía que as imaxes son necesarias para calquera proceso de pensamento porque os seres humanos construímos o noso mundo interior co que percibimos. Son as imaxes as que nos axudan a comunicarnos, grazas a elas construímos unha linguaxe seguindo o seguinte proceso: vemos ou percibimos algo e transformámolo nunha imaxe á que atribuímos un nome ou un termo que serve para describila, deste xeito esas imaxes transformámolas en símbolos polo que, segundo di Alberto Manguel, “as imaxes que compoñen o noso mundo son símbolos, signos, mensaxes e alegorías”. (Manguel, 2002, pp. 21,22)

As imaxes iconográficas foron e son empregadas en tódolos tempos, para transmitir ou para deixar testemuña de situacións nas que están presentes ideas, crenzas ou xeitos de vida. Da época prehistórica xa contamos coas mans pintadas, cuxo significado está por desvelar. As diferentes culturas antigas deixáronnos as súas representacións iconográficas en pinturas e mais esculturas. O Cristianismo é un dos movementos filosóficos relixiosos que máis produción realizou, pinturas, esculturas, gravados ou libros, empregados para a ensinanza dun modelo de vida. No momento actual son os empresarios da publicidade os que utilizan as imaxes para aumentar as vendas das diferentes empresas.

A imaxe da muller, neste caso da enfermeira, é utilizada para os máis variados fins e intereses da sociedade patriarcal.

Magdalena Santo Tomás Pérez y M^a Paz Mompert García no seu estudo da utilización da imaxe da enfermeira-muller, categorizan as imaxes do seguinte xeito: 1. A imaxe da enfermeira-muller transmisora de valores 2. A imaxe da enfermeira-muller como portadora de benestar 3. A imaxe da enfermeira-muller como ocio. Todas elas empregadas dun xeito interesado, segundo o que se busque no momento e na situación en concreto.

A cofia da enfermeira continúa empregándose para identificar a muller coa sanidade. “É o pouso que permanece na sociedade e ao que seguemos enfrontándonos aínda que a cofia na nosa práctica e no noso contexto, pasou a ser algo que remite a nosa historia” (Santo Tomás Pérez & Mompert García).

Nos últimos quince anos, os signos iconográficos tamén foron utilizados como recoñecemento público á enfermaría ou aos seus profesionais. Rotuláronse rúas, espazos públicos, prazas, parques, instaláronse estatuas en conmemoración de profesionais e da profesión enfermeira, a maioría das veces, a instancia dos Colexios de Enfermería e das Corporacións locais.



No caso de Galicia, temos como mostra da iconografía estatuaría o busto dedicado a Secundino García Ramos, que foi Practicante de Carril, no Concello de Vilagarcía de Arousa. Está situado no xardíns de Rosalía de Castro, e foi realizado por Luis Miguel Bugallo Sánchez.

Curiosamente non encontramos ningunha outra estatua dedicada aos ós profesionais de enfermaría na xeografía de Galicia, se ben é certo que tampouco abundan no resto do Estado español. Debemos ter presente que é dende unha década atrás ate a actualidade cando están comezando a xurdir estes símbolos de recoñecemento aos profesionais e á profesión dun xeito xenérico, polo que non debe de resultarnos estraña esta circunstancia.

Figura 84. O Practicante de Carril

Fonte :<https://commons.wikimedia.org> (wikimedia, 2012)

Con todo, deberíamos de formularnos a pregunta de, a qué se debe esta escaseza, cando a figura dos profesionais de enfermaría encarnada nos practicantes, nas enfermeiras e nas matronas primeiro e nos ATS despois, ate chegar aos enfermeiros actuais, xa levan institucionalizados como tales dende mediados do século XIX, cando



se estableceu, e posteriormente se desenvolveu, a coñecida como Ley Moyano, da que xa falamos en capítulos anteriores. Creemos que influíu a imaxe de subordinados dos médicos, así como a pouca visibilidade, de cara á sociedade, do traballo que desenvolveron e desenvolven estes profesionais. A iconografía abrangue varias disciplinas que non podemos considerar

Figura 85. Rendición incondicional.

Fonte: sandiegored (sandiegored, 2012)

completamente compartimentadas pois se interrelacionan entre si, como imos a ver de seguido. Citamos a continuación o caso dunha fotografía que foi convertida en escultura. A foto, titulada “O bico” foi publicada no magazine *Life*. O reporteiro gráfico recolle o momento en que se recibiu a noticia do remate da guerra en Times Square na cidade de Nova Iorque. A escultura de J. Seward Johnson chamada “Rendición incondicional” fai referencia a esta fotografía histórica.



O fotógrafo Alfred Eisenstaedt tomou esta instantánea no día no que os Estados Unidos venceron a Xapón, a historia conta que un mariñeiro bicou a unha enfermeira sen coñecela; estaban celebrando na rúa o remate da II Guerra Mundial.

Figura 86. El Beso (The Kiss, 1945)

Fonte:elperiodico (elperiodico, 2012)

De entrada pode parecer unha imaxe frívola polo que debemos contextualizala nun momento de euforia no que os militares estaban agradecidos ás enfermeiras, voluntarias na súa maioría, polos servizos que estas lles prestaron durante a contenda. E estas tamén estaban agradecidas aos militares por salvagardar o estado das liberdades, segundo o testemuño da enfermeira que anos máis tarde do acontecemento recoñeceu ser ela a protagonista do retrato instantáneo.

5.8. Fotografía e Carteis

A fotografía fálanos da cultura reflectida nela e tamén da cultura do fotógrafo. Presenta dúas significacións, o explícito e o simbólico. En Galicia empezou a popularizarse coa chegada de fotógrafos e antropólogos como o caso de Ruth Matilda Anderson quen despois do seu paso pola xeografía galega en 1924-25, deixou a súa pegada noutros que a seguiron como foi o caso de Ramón Caamaño Bentín, fotógrafo de Muxía, quen pasou a súa vida retratando a vida e a morte na Costa da Morte deixándonos como legado unha importante colección de retratos funerarios, sobre todo de nenos, despois de que a antropóloga estadounidense agasallara a Caamaño cunha cámara fotográfica en agradecemento polos servizos prestados por este facendo de guía e mais de interprete a esta investigadora americana. Ate estes momentos os retratos estaban destinados a inmortalizar momentos históricos e sociais, sen entrar na historia cotiá e popular. Foi o propio Caamaño a nosa testemuña desta narración uns anos antes do seu pasamento.

Neste apartado imos a centrarnos en analizar fotografías emblemáticas, moitas delas empregadas como soporte de carteis, realizando unha función propagandística na ocasión; outras das imaxes presentadas atenden a un mercantilismo puro; non

faltan as que falan dunha realidade, as imaxes ideais dende o punto de vista profesional ou aquelas nas que se emprega a imaxe da profesión enfermeira como obxecto erótico. A maior parte destas imaxes, que teñen como base a profesión enfermeira, xa neste momento por razóns obvias corresponden a mulleres.

Segundo o traballo “Utilización de la imagen enfermera - mujer y sus repercusiones” de Madalena Santo Tomás e Mari Paz Monpart, ao analizar a imaxe, fixéron ocos seguintes dominios, a imaxe da enfermeira – muller como transmisora de valores; a imaxe da enfermeira – muller como portadora de benestar; a imaxe da enfermeira – muller como ocio; nosoutros imos desdobrar algunhas das anteriores e engadir algunhas outras categorías por considerar que no momento actual presentan gran importancia as imaxes que incluimos nestas novas categorías.

No que respecta á cartelería, resulta importante, dende o punto de vista antropolóxico, por plasmarse nela propaganda que atende a diferentes motivacións e reivindicacións, que poden ir dende convocatorias socioprofesionais ate chamamentos á acción social, alistamentos ou outras cuestións transmisoras de valores, necesidades e intereses comerciais.

5.8.1. A imaxe como transmisora de diferentes valores

Esta imaxe amosa o antes e o despois da enfermaría no Reino Unido, tendo como punto de inflexión a creación da Escola de Enfermeiras de Florence Nightingale,



Figura 87. Enfermeira 1838 e enfermeira 1888. Suplemento do Nursing Record, 20 de decembre de 1888. Fonte: Enfermería Avanza (Mahoney, 2015)

partindo do modelo do pastor Theodor Fliedner. A enfermeira debe de cambiar a súa imaxe de muller ignorante, sucia e de mal vivir pola de muller pulcra, ordenada e con coñecementos. Na imaxe da esquerda observamos a unha muller con aspecto de malhumorada, enferma, desagradable, maior. Na súa pose desvía a mirada cara o seu lado

dereito, en sinal de non prestar atención o que está ocorrendo. Intuímos uns malos coidados enfermeiros. Esta figura representa a imaxe da enfermeira que transmite

Dickens, na parte superior esquerda observamos o símbolo definitorio desta enfermeira, unha antuca, empregada como arma de defensa; perpendicular a esta na parte superior vemos unha botella símbolo dos “vicios máis baixos” nos que pode caer

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

unha muller. En contra posición á anterior simboloxía, na imaxe da dereita, na zona superior esquerda observamos unha cruz, símbolo de respecto sacrificio, xenerosidade ou espiritualidade. A figura feminina que vemos é a dunha muller de aparencia sa, fermosa, estilizada, nova e preparada para ofrecer uns coidados pulcros o que se adiviña da súa pose é intelixencia e uso de recursos intelectuais.

5.8.2. Utilización da imaxe feminina para o chamamento á mobilización

A imaxe da muller enfermeira foi utilizada en carteis de recrutamento e de petición de axuda para os hospitais de sangue. As tres imaxes pertencen á mesma época. Nas tres destacan os trazos femininos.

A imaxe da esquerda e mais a do centro preséntannos a unha muller incorporada ao exército, con uniformes militares, cara afable e sorrindo, a da esquerda é unha figura dinámica e en movemento que invita a acción decidida e enérxica; a do centro é tranquila, serea e amable, cuns fermosos ollos claros e lucindo no uniforme símbolos militares entre os que destaca claramente a Cruz de Malta, sinal de pertenza a unha división sanitaria, na que serve dentro do exercito, profesión esta á que as mulleres non podían acceder, naquel momento, pola súa condición de pertenza ao xénero feminino.

Na imaxe da dereita vese en primeiro plano a unha muller co uniforme de enfermeira de rúa, portando a capa de cor escura, coas cintas cruzadas no peito, a cofia deixando ver o seu pelo ondulado e unha faciana de súplica, na que se adiviña a preocupación pola situación que se está a vivir nun segundo plano onde se poden observar militares uns de infantaría na trinchreira outros de artillería, defendendo unha posición, situación esta última que vai provocar a necesidade de ter abastecido o hospital de campaña, tamén coñecidos como hospitais de sangue.



Figuras 88 e 89. Carteis de recrutamento

Fonte: Google imaxes (google, 2015)

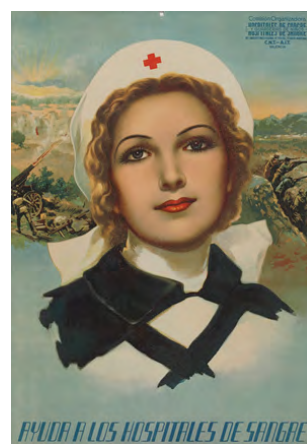


Figura 90. Cartel de petición de axuda

Fonte: Museo histórico de enfermmería (Fundación José Llopis, 2014)

5.8.3. Imaxe da enfermeira-nai

Nas imaxes que presentamos de seguido continúa a utilizarse a feminidade como punto salientable.

Na imaxe da esquerda trátase da maternidade, a muller ataviada con traxe de enfermeira, perfectamente identificable, acolle no seu seo en posición maternal a un ferido que está nunhas padiolas. Na segunda imaxe vemos a feminidade da enfermeira, a dozura e a beleza, así como a fidelidade marcada pola imaxe do can quen tamén serve na organización sanitaria e que seguro caeu ferido en acto de servizo. A imaxe da dereita presenta a unha muller enfermeira co uniforme remangado en actitude de faena ensinando as palmas das mans, sen nada que esconder, cunha pose de brazos abertos indicando que calquera axuda que se poida prestar será recibida de forma satisfactoria dada a urxencia da situación (podemos ver ao fondo as tendas que conforman o hospital de campaña e a ambulancia achegándose de ben seguro que cun cargamento de feridos). A muller está presta a recibir axuda, dado que ela soa non pode coa carga que se ve obrigada a soportar dadas as circunstancias. Utilízase por tanto a imaxe da maternidade da muller, das características que se supoñen femininas por convencionalismo popular e a muller como persoa do “sexo débil” solicitando axuda. Nestes casos transmítese a idea da enfermmería ligada a imaxe feminina. Non son importantes os coñecementos técnicos, pero o son os roles asignados de forma tradicional á muller, nai doce, obediente e dependente.



Figura 91. A mellor nai do mundo.

Fonte: Posters de propaganda I guerra mundial
(ww1propaganda, 2011)



Figura 92. A revista das mozas da casa. 1917

Fonte: (pinterest, 2015)



Figura 93. Axuda

Fonte: (pinterest, 2015)

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

As tres imaxes, que seguen, pertencen a mesma época e ao mesmo conflito que segue ao levantamento militar de 1936 no Estado español. *A Guerra Civil española actuou de catalizador na mobilización feminina e deu lugar a un reaxuste das actitudes ante as mulleres e a súa función social...* (Nash, 2006). Razón esta pola que se emprega a imaxe feminina aínda que so sexa de xeito transitorio.



Figura 94. Consello de Sanidade de Guerra

Fonte: (pinterest, 2015)

A imaxe da esquerda é un selo do Consello de Sanidade e Guerra da Generalitat de Catalunya, vemos a lenda de a quen vai dirixida a axuda, así como a cantidade que se achega. No primeiro plano aparece a imaxe dun soldado, cunha faciana forte e de trazos duros que se manifestan nun queixelo ancho e prominente, uns pómulos marcados e o nariz ancho, namentres se debuxa a dor, a tristura e inclusive a enfermidade, tanto na expresión dos seus ollos como na comisura dos beizos. Detrás del, ocupando tamén un primeiro plano, amósasenos a unha enfermeira militar co símbolo da sanidade militar na cofia (cruz de oito puntas, que xa mencionamos). A súa faciana e doce e suave con trazos delicados e femininos, beizos xenerosos e preocupación na mirada. A súa pose é de axuda de estar detrás do soldado facéndolle de sostén a vez que a súa man dereita, que ensina a palma, está en actitude de petición de axuda, quizais para poder empregar medicación que está simbolizada por unha xiringa e que tamén ocupa un primeiro plano. Trátase a figura da muller como sostén dos que loitan polo resto da poboación.



Figura 95. Petición de axuda. Cruz Vermella

Fonte: (pinterest, 2015)

A seguinte imaxe amosa petición de axuda da Cruz Vermella Española, destaca na súa lenda superior o nome da entidade, suficientemente coñecida como para que se lle preste atención, na lenda inferior unha chamada tallante e relevante entre signos de admiración, que subliñan o chamamento. No que se refire á imaxinería, ocupando un plano central un padioleiro ataviado con uniforme militar e cos distintivos da entidade sanitaria internacional, que está transportando a un ferido. No plano inferior esquerdo podemos interpretar a imaxe dun sanitario cunha máscara antigás e a dereita unha enfermeira axudando a unha persoa maior que está sentada. Na parte superior esquerda observamos a un sanitario administrando unha medicación inxectable a unha muller, neste caso ataviada con roupa de civil e na parte superior

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

dereita unha enfermeira en actitude maternal ofrecendo coidados a un infante. Detrás vemos a Cruz Vermella como símbolo da organización humanitaria que nos seus principios recolle a neutralidade política e o compromiso de axuda a todos aqueles que precisen da súa intervención sanitaria, segundo se recolle na convención de Xenebra asinada no ano de 1864.

No 1864 o Consello Federal suízo reuniu unha Conferencia Diplomática en Xenebra na que participaron delegados plenipotenciarios de 16 países que redactaron o “Convenio de Xenebra para mellorar a sorte que corren os militares feridos dos exércitos no fronte”, asinado o 22 de agosto do mesmo ano e ratificado no transcurso dos anos seguintes pola case totalidade dos Estados.(Comite Internacional de la Cruz Roja, 1864, p. 1). A imaxe da muller neste cartel está compartindo papel cos homes que nela aparecen, cada un coas súas funcións, se ben é certo que á muller se lle asignan funcións de carácter feminino, maternais, de acompañamento; as funcións duras e máis técnicas vemos que recaen nos homes, o transporte, o feito de acudir en casos especiais (gases) ou acto de administrar medicación.

5.8.4. A imaxe da muller utilizada para divulgar unha ideoloxía

A seguinte imaxe, que forma parte desta triloxía, está tomada dunha publicación da Sección Feminina, entidade que tomou parte activa na contenda no bando dos militares nacionalistas e que se encargaba de canalizar o labor da muller baixo a mirada da Falanxe Española. Podemos observar tres figuras femininas, en primeiro plano unha ataviada con uniforme militar, en segundo plano outra ataviada co traxe de enfermeira de rúa para ocupar o fondo outra muller traballadora, quizais lavandeira, cun fardo nos ombreiros. As dúas primeiras están facendo o saúdo fascista co brazo



Figura 96. Revista para a muller

Fonte: (lourdesmedinaribagorda,

dereito en alto e a do fondo luce na parte superior do seu mandil o símbolo da falanxe española co xugo e as frechas. Ven a sinalar a importancia da muller en diferentes lugares, o servizo que fai á sociedade, nun momento no que se está desenvolvendo unha guerra e na que a muller debe ser parte activa, no posto que lle sexa destinado. As mulleres presentan trazos duros, tanto no seus rostros como nas extremidades superiores, dando a entender a gravidade do momento e que están preparadas para deixar o fogar e desenvolver labores de xeito activa na contenda. A muller debe ser obediente ao que se lle pide neste caso a “patria” e ocupar o seu sitio

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión feminino. O saúdo que realizan xa define os ideais de muller perfectamente coñecidos por todos.

5.8.5. A muller-enfermeira como compañeira e amiga

Durante a Segunda Guerra Mundial faise un chamamento parecido, na imaxe da esquerda a muller está presente no campo de batalla; as súas faccións son duras e a mirada de preocupación, usa vestimenta militar e coa insignia sanitaria ocupando un primeiro lugar, nun segundo plano os soldados están en actitude de loita.

O cartel da dereita presenta a imaxe dunha muller en primeiro plano, ataviada co uniforme de enfermeira militar, cos símbolos da cruz e a media lúa vermella



Figuras 97 e 98. Larga vida ás camaradas de armas e Xúntese as ramas femininas das forzas armadas.

Fonte: Carteis rusos da II Guerra Mundial. (taringa.net, 2013)

internacional, rostro doce e mirada expectante cara á fronte, tratando de estar atenta ao que está por chegar; á súa beira, nun segundo plano, un soldado en actitude de defensa, ao fondo do lado esquerdo vese o transporte sanitario de emerxencia, á dereita o campo de batalla con carros de combate e aviación. A lenda di: *as mulleres do fronte son axudantes e amigas dos soldados.*

Trátase de dar imaxe de que as mulleres están preparadas para axudar ao home no campo de batalla e ademais son amigas dos seus camaradas, podendo interpretar isto como un punto de pulo, aínda que non fala de igualdade, si se salienta a súa importancia que ven dada pola súa amizade, non polo seu saber facer.

Os modelos culturais de enfermaría: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

A imaxe que podemos ver agora amosa a unha enfermeira traballando no que parece o soto dunha edificación, que foi convertido de xeito improvisado en



Figura 99. Enfermeira en Osetia do sur

Fonte: juanlusanchez (juanlusanchez.com/archivos, 2008)

enfermaría para prestar atencións en condicións totalmente excepcionais. Contrasta coas imaxes das salas dos hospitais nas que se amosa orde e limpeza, claramente fala de que a enfermeira pode adaptarse a calquera medio e en calquera sitio pode instalar o seu campo de actuación, por adversas que sexan as condicións a profesional tratará de axetalas ao máximo posible. En definitiva a enfermaría está sempre presente independentemente do medio e dos medios.

5.8.6. Muller enfermeira-relixiosa

Estas dúas imaxes, dos anos 60 a primeira e dos 50 a segunda teñen en común a pulcritude dos uniformes das enfermeiras.

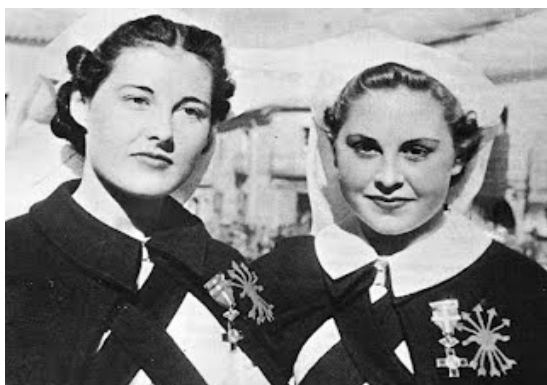


Figura 100. As damas do Exército

Fonte: Foro de cultura de defensa, 2013)



Figura 101. Enfermeiras, monxa e médico

Fonte: Todo Colección(todocoleccion.net/fotografia-antigua-artistica/, 2015)

En todas elas observamos por unha banda a continuidade do tocado como elemento presente en diferentes épocas, evolucionando na súa forma. A imaxe da esquerda fai patente a idea do que se convertería máis tarde estereotipo, no pensamento popular a da enfermeira-monxa. Esta imaxe representa unha profesión de carácter vocacional e relixioso, desenvolvida por monxas que dedican a súa vida ao coidado desinteresado dos enfermos. Os coñecementos teóricos son limitados, a tarefa consiste en obedecer ordes do médico, que é o que ten a sabedoría, e ocupa o lugar central na sanidade, arredor do que xira todo. Por outra banda observase, de xeito explícito, a presenza das ordes relixiosas. O lugar que ocupa a monxa na foto indica a súa xerarquía como superiora das outras persoas que aparecen no retrato, inclusive do médico.

Na foto da dereita vemos como as dúas damas do exército locen nas capas xunto os emblemas da Falanxe Española, condecoracións polos seus actos de servizo. Na etapa franquista, a través da súa propaganda, presentouse á enfermaría como o ideal de profesión que presenta os valores máis elevados da muller que deixará o seu labor cando chegue o momento de ser esposa e nai.

5.8.7. Enfermeira heroe

Estas dúas imaxes, da mesma persoa, apareceron xuntas nos medios, con diferenza duns cantos anos por medio. Destaca na foto da esquerda a pulcritude, a mirada doce e amable, a muller colócase detrás dunha planta que tenta darlle un aire fresco, alegre e mesmo ecolóxico a un lugar que se nos antolla frío e falto de calor na súa estrutura física. Na imaxe da muller xa anciá, ademais das sinais do paso do tempo, notamos a placidez e mesmo o amor que desprende unha face, co seu sorriso franco, a súa mirada vívida como a dun neno que acaba de facer unha trasnada, sen darlle maior importancia aínda que realmente a teña, parece estar dicindo ... *é o que hai ... qué lle queres?*



Figura 102-103. Irene Sendler(1910-2008)

Fonte: Mujeres en la historia.es (mujeres en la historia, 2014)

Trátase de Irena Sendler, coñecida como “O Anxo do Gueto de Varsovia”. Actuando como enfermeira axudou e salvou a máis de dous mil cincocentos nenos xudeus durante a Segunda Guerra Mundial, arriscando a súa propia vida, baixo o dominio nazi. En 2007, foi candidata o Premio Nobel da Paz.

Presentásenos así a imaxe da “enfermeira heroe”, ademais de salvar vidas no seu labor de cote, facendo o mesmo en tempos excepcionais e dun xeito totalmente alleo ao seu traballo, sabendo estar a altura das circunstancias, sen darlle maior importancia a estes feitos extraordinarios: *“a razón pola cal rescatei ós nenos ten a súa orixe no meu fogar, na miña infancia. Fun educada na crenza de que unha persoa necesitada debe ser axudada de corazón, sen mirar a súa relixión ou a súa nacionalidade”*. Decatámonos, sen facer comentario algún, de que estamos diante dunha enfermeira humanista, que considera á persoa na súa condición holística. Esta imaxe non beneficia moito á enfermaría pois supóñenselle aos profesionais superpoderes que non posúen, e que actuar como se estivesen por riba da condición humana. Son profesionais pero ante todo humanos.

5.8.8. A imaxe que quere transmitir a enfermaría: autonomía, coñecementos, presenza ou capacidade de traballo interdisciplinar

Continuamos cunhas imaxes, difundidas a través da web nelas resúltanos doado ler diferentes actividades e funcións dos profesionais da enfermaría. Vemos na primeira da esquerda a actividade de axuda (cando os usuarios así o requiren). Na imaxe do centro están realizando unha función técnica aplicada sobre unha usuaria. Para rematar cunha imaxe na que os profesionais exercen súa función docente, neste caso con outros profesionais, ensinando diferentes prácticas, na foto trátase da inmovilización dun membro inferior. A imaxe que se transmite é de que a enfermaría ten coñecementos, aplícaos de xeito práctico e sabe transmitilos.



Figuras 104-105-106 .Actuacións en diferentes áreas da enfermaría

Fonte: Diario Enfermero (diarioenfermero.es, 2014)

Estas outras imaxes, na parte inferior, amosan tamén diferentes actividades, unha delas multidisciplinar, na que participan os membros do equipo compartindo ideas ou tarefas e, xa por último, a da dereita podería corresponder a unha instantánea sobre a Educación para a Saúde, onde se lle ensina á usuaria a empregar a tecnoloxía para o control da súa enfermidade, xa que a practica docente exerce tamén sobre os usuarios.



Figura 107. Traballo en equipo

Fonte: saludextremadura
(periodicose salud extremadura,2010)



Figura 108. Educación Enfermeira para a Saúde.

Fonte: Gabinete de prensa (Gabinete de Prensa Hospital Virgen de la Victoria, 2012)

5.8.9. A imaxe da muller enfermeira, como garante da saúde

A imaxe da muller enfermeira, foi utilizada e continúa a día de hoxe, como portadora de benestar e garante da saúde. Vemos a enfermeira anunciando produtos como Coca-Cola, Xabón Marfil ou pemento. Estamos a falar dos anos 50 e 60. A imaxe da enfermeira, por estas décadas, está ben recoñecida socialmente. Considerándose que o que ela ofrece é san a vez que bo. Obsérvase o sorriso franco nas dúas fotos dos extremos, mentres que a do centro o ofrece dun xeito velado. Amen podemos ver enfermeiras en anuncios de xeles e outros produtos, que axudan a acadar benestar.



Figura 109. A calidade na que podes confiar (1952)

Fonte: vintage adbrowser
(vintageadbrowser.com, 1943)



Figura 110. Bonita prescripción (1943)

Fonte: vintage adbrowser
(vintageadbrowser.com, 1943)

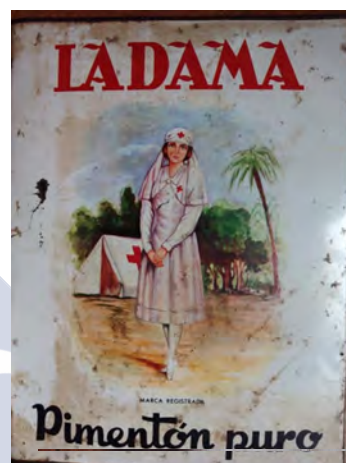


Figura 111. Lata de Pimentón (1950 ...)

Fonte: Elaboración propia

5.8.10. A imaxe da enfermaría no ocio

A utilización da imaxe da enfermeira muller no ocio, nesta ocasión a *Barbie enfermeira* na esquerda co traxe de rúa, dos anos 40 e 50 ataviada con saia capa e cofia, así como os lentes que porta na man en sinal de intelectualidade. A segunda imaxe pola esquerda é unha Barbie cun uniforme máis actual, conformado por pantalón e casaca á moda da actual década, portando un fonendoscopio a xogo cos zapatos. No momento da redacción destas páxinas asistimos a unha conversa na que dúas xestoras de enfermaría, cun alto cargo, se referían a una terceira dicindo que cando a coñeceran e a viran co uniforme de enfermeira, que parecía unha Barbie, lles entrara ganas de ser enfermeiras para por o uniforme; manifestacións totalmente respectables, se se dá unha evolución de obxectivos e de miras. A terceira imaxe porta un traxe con casaca e

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

pantalón á vez que vai tocada con cofia a pesar da modernidade do traxe, na man leva un maletín , dentro do que se supón leva instrumental de traballo. A dereita de todo un dos monecos de moda no momento, ataviado con cofia e diverso material instrumental que neste caso se aprecia. Excepto a moderna Barbie (segunda pola esquerda) levan cofia identificadora da profesión enfermeira.



Figura 112-113. Barbie enfermeira (1961) e Barbie actual

Fonte: Todo capricho, Mercado libre(google.es, 2015)



Figura 114. Enfermeira de playmobil

Fonte: fnac(fnac, 2015)



Figura 115. Enfermeira Pepa Pig

Fonte: toyplanet.(toyplanet, 2015)

5.8.10.1. A imaxe da enfermeira muller como obxecto mercadoría

A imaxe da esquerda tratase dunha cunca que parece reproducir un grafito que tamén encontramos noutras paxinas, o debuxo pretende ser gracioso polos compoñentes eróticos, no caso da imaxe central o uniforme parece bastante moderno, tamén vai tocado con cofia diferenciadora, que se ben na anterior serve de signo erótico neste caso parece de diferenciación, para rematar, vemos uns pequenos pasteis con forma de enfermeira, tocada con cofia e outros símbolos que representa instrumental e mesmo o hospital.



Figura 116. Taza con grafiti

Fonte: zazzle.es (zazzle, 2015)



Figura 117. Chaveiro enfermeira

Fonte:empresaliarelalos.com,



Figura 118. Pasteis enfermeira

Fonte: pinterest (es.pinterest.com, 2015)



Para rematar esta serie, non podía faltar un azulexo, no que se ve en primeiro plano a unha enfermeira ataviada co pretende ser un traxe medieval, mantelo e cofia; xiringa na man esquerda. Parece estar nunha sala de enfermaría, con outros útiles empregados pola profesión.

Figura 119. Tella Enfermeira

Fonte: sartef (sartef.com, 2014)

5.8.10.2. Utilización da imaxe da enfermeira como traxe de antroido

Tamén podemos considerar dentro do ocio os disfraces, aquí empregase a imaxe do home mailamuller, sendo este último o máis demandado. Encontramos diferenza entre as imaxes da esquerda, observamos que se corresponderían cunha idade infantil e as imaxes da dereita cunha idade adulta. Todos eles están identificados pola cruz branca, que indica servizos sanitarios. No caso dos homes o fonendoscopio é indicativo tamén dunha profesión sanitaria pois este obxecto é empregado tamén polos médicos; no caso do disfraz do adulto leva xiringa na man como símbolo inequívoco da profesión enfermeira, no caso feminino a cofia. A imaxe da dereita, que por ser de muller leva unha forte carga erótica no seu vestiario acompañado da pose.



Figura 120. Disfraces de enfermero/a para nenos

Fonte: (tiendadedisfraces.es)



Figura 121. Disfraces de enfermeiro/a para adultos

Fonte: (fotosdedisfraces.com)



Imos ver de seguido un traxe tamén cun compoñente claramente erótico. Formado por unha metade home e unha metade muller; se ben é certo que fala da dualidade da enfermaría (profesión feminina na que tamén participan homes) pode verse a dualidade do individuo coa súa parte feminina e a masculina. As dúas metades están nunha pose erótica, aínda que esta carga observase máis do lado feminino que do masculino. A imaxe de muller frívola e *sexí* non é recoñecida por ningún profesional. O que transmite esta imaxe é un escaso nivel intelectual, poucos valores morais, ningunha capacidade de decisión e dependencia do médico. Esta é polo tanto unha imaxe que ao igual cas anteriores non favorece á profesión de enfermeira, senón que lle resulta prexudicial, algo que profesionais e estudantes de enfermaría deben evitar.

Figura 122. Disfraz Enfermeiro/a dúas caras

Fonte: (juguetilandia.com)

No que respecta a xogos podemos encontrar unha gran cantidade deles, dende os máis sinxelos para nenos até os dedicados a adultos, cargados de erotismo e incluso pornografía, algúns dos que veremos ao falar das TIC

5.9. Pintura

A pintura é unha das manifestacións artísticas que polo xeral pasma unha realidade, do momento do artista, transferíndolle un carácter de transcendencia no tempo. Posúe, ao igual que a fotografía e os carteis, elementos narrativos, do momento social á vez que dá subxectividade de cómo é percibida polo autor. Na pintura tamén se pode observar o papel da enfermaría e como vai cambiando este segundo os momentos e mailos tempos.



Figura 123. The infirmary at Helgelandsmoen de Munch. 1884

Fonte: (the-athenaeum.org, 2014)

Munch pinta este cadro no que se observa a enfermeira nun hospital, a pe de cama do usuario na década dos oitenta do século XIX. Esta obra encontrase neste momento no Museo de Oslo en Noruega . A imaxe da enfermeira sempre presente ao lado do enfermo.

Nesta obra de Picasso de 1905 podemos observar a diferenza de rol de cada personaxe. O médico como representante da ciencia e do saber, a figura da enfermeira como relixiosa que exerce a caridade, e atende á vez a enferma, ao neno e tamén ás instrucións do médico. Exerce de coidadora dos enfermos, de nai e de obediente executora das ordes médicas. Neste caso debido á súa entrega relixiosa.



Figura 124. Ciencia y caridad. Picasso. 1905

Fonte: (folklore-fosiles-ibericos.blogspot)



Figura 125. La duquesa de Shuterland. Tardieu. 1919?

Fonte: (cuid-arte-mucho.blogspot, 2015)

Este cadro representa a unha enfermeira nun hospital durante a Primeira Guerra Mundial. Encóntrase no Museo de Florence Nightingale de Londres.

O autor reflicte nesta pintura á enfermeira como un ser celestial, case un espírito, que reconforta aos enfermos estando estes abatidos na cama.

Esta imaxe, ao igual que a da heroína, prexudica grandemente aos

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

explicamos no apartado anterior, son persoas como os demais mortais, coas mesmas necesidades e que non posúen poderes metafísicos.

No caso da pintura que acompañamos, foi realizada en Cuba no ano 1980. Podemos ver con claridade á enfermeira nun primeiro plano, que se diferencia por levar cofia.



Figura 126. Enfermera de Denis Núñez. 2008.

Fonte:(artelista, 2014)

A acción sitúase nun cuarto dun suposto hospital que identificamos varios obxectos, entre eles unha cama e dous personaxes. A enfermeira porta diversos obxectos na man mentres unha persoa en segundo plano parece estar agredíndoa. Vemos como o signo que diferencia ao usuario da profesional é a cofia na cabeza. Podemos ler nesta pintura que para a enfermeira existen perigos, mesmo na atención aos seus usuarios. Neste caso parece que a profesional é allea a eles, pois na mentres parece estar preparando un remedio nun recipiente as súas costas é agredida polo que podemos imaxinar é u enfermo.

Xapón,1980. Surrealismo. “Soños dun mundo infantil”



Figura 127.La enfermera de Masaru Shichinohe. 2011?

Fonte:(trianarts, 2014)

Amósanos aquí o artista unha imaxe que forma parte dunha serie, na que aparecen en primeiro plano enfermeiras, que son nenas, o fondo a lúa e como dende a xiringa que posúe a nena na man sae un raio cara o satélite. A pintura titulada *soños dun mundo infantil* , ben podería facer alusión o sono de moitas nenas, que desexan ser enfermeiras, o que para elas é como acadar a lúa. Nesta imaxe podemos ver a cofia como signo distintivo da profesión, reforzado pola xiringa que porta na man dereita. Tamén observamos a pulcritude do uniforme e a serenidade de quen parece estar facendo o correcto nese momento

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

con certa carga de preocupación manifestada nos ollos, na pintura está presente unha tensión característica do surrealismo.

Neste caso a pintura non amosa moitas novidades respecto ao que vimos comentando. Unha vez máis aparecen os elementos que popularmente identifican á profesión, a cofia, a cruz vermella e a xiringa. Esta situación tan arraigada, inclusive afecta aos



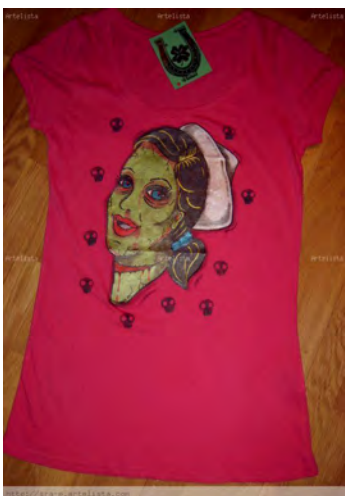
profesionais que tratan de escapar destas imaxes, debido a que van ligadas a idea dunha vocación relixiosa, así como a unha enfermaría ao servizo de profesionais doutras disciplinas, e á realización de tarefas técnicas ou mecánicas. Neste momento non se encontraron símbolos que despracen a estes tan arraigados, e que sexan aceptados tanto polos profesionais como polos usuarios. A nivel internacional adoptouse a imaxe da lámpada, representativa de Florence Nightingale, no caso do estado español, como veremos máis adiante, adoptouse a cruz que forman as cintas para

Figura 128. Enfermera. Artur Aranda Subi. 2008.

Fonte: (.artelista, 2014)

suxeitar a capa e o antigo mantelo. Non obstante pasou pouco tempo para que estas novas imaxes poidan ser identificados de xeito xeneralizado coa imaxe dunha profesión autónoma que se dedica a exercer os coidados de enfermaría, abrangendo moitas máis funcións que as que se poidan realizar cun instrumento tan (ligado a dor física) agresivo como é a xiringa coa agulla.

A pintura que vemos de seguido, realizada sobre tea nunha prenda de vestir, sorprendeunos polos elementos que acompañan á figura central que está ocupada



pola enfermeira ataviada coa cofia, cun sorriso franco, perfectamente peiteada e rodeada de dez pequenos cranios, que na nosa cultura popular identificamos coa morte, aínda quenoutras poida supor a esencia do ser, ou auto coñecemento. Neste caso parécenos que máis ben tenta dar a imaxe de que a enfermeira está rodeada de morte por todas partes menos pola parte superior, parece como se mesmamente se tratase dunha enterradora, en lugar dunha curadora. Non sabemos se a cartolina, coa figura superposta da ferradura cun trevo de catro follas dentro, é algo casual ou se forma parte do conxunto artístico, querendo con ela conxurar as malas enerxías da

Figura 129. Enfermera. Nuria Sra. P. 2011. Fonte: (artelista, 2011)

imaxe que acabamos de describir. En todo caso, non dubidamos da mensaxe de que a imaxe da enfermeira en moitos casos vai ligada á morte ou a situacións que a rodean, podendo supor ou crear a imaxe de persoal non grato, a lo menos dentro do seu contexto sanitario. No momento de realizar a escrita escoitamos a un usuario, dicirlle a un profesional, *“alégrome moito de verte, ti non me coñeces pero eu a ti si pois durante moitos anos acompañei ao meu esposo, cunha doenza crónica, ao hospital onde ti traballabas; o meu marido finou fai xa dez anos ao vervos teño dous sentimentos encontrados, por unha banda de ledicia polo reencontro e ver que estades ben, polo cariño co que o coidastes, por outra banda invádeme a tristura por que me recordades o sufrimento do meu home e que xa non está. De tódolos xeitos alégrome moito de verte ben”*.



Ben podería tratarse esta pintura dunha mala experiencia, ou dunha experiencia que rematou coa morte do usuario próximo ao artista.

Esta pintura ao igual cá anterior parece que fala dunha experiencia dolorosa, cando menos para o músico mariñeiro que parece estar ferido, dado o sangue que flúe da súa esencia, neste caso representada por un instrumento

Figura 130. La enfermera y el músico marino.

Bueno Sánchez. 2012 Fonte: (artelista, 2014)

roto, incluso se nos antolla que desafinado e no que se insire a agulladunhaxiringa que faiintuír á enfermeira á que aludeo título da obra, ao igual que a idea do mariñeiro ven dado polas velas rotas dunha embarcación que parece ir a deriva. O instrumento inevitablementeidentifícase coa profesión de coidar, quedándonos a dúbida se mancando ou curando.

Para rematar este pequeno espazo dedicado á pintura temos que citar a obra de Rufi García Nadal titulada “Enfermería. Traxes na historia”. A colección desta enfermeira e pintora déixanos ver 36 obras nas que podemos ver dende recreacións de enfermeiros hospitalarios da Orde se San Xoan de Xerusalen ate imaxesdo día de hoxe dentro dunha unidade de cirurxía epasando por diferentes momentos da historia da profesión que a autora nos vai narrando á vez de forma escrita. Nelas observamos os diferentes símbolos dos que viñemos falando, neste apartado.



Figura 131. Historia de la enfermmería a través de los trajes. García Nadal

Fonte: (rufigarcianadal, 2014)

Ao entrar na paxina e picar enriba de cada pintura ábrese una fiestra na que nos conta a historia da enfermmería ligada a ese traxe, así lévanos a facer un percorrido dende ao século XI ate hoxe. As pinturas están perfectamente documentadas e contextualizadas nos diferentes momentos históricos.

5.10. Filatelia



Figura 132. Selo 150 aniversario Colexio Enfermaría de Madrid

Fonte:(sellosmundo, 2012)

O selo, de xeito universal, utilízase para amosar recoñecemento a acontecementos, profesións ou personaxes relevantes. A imaxe enfermeira nos selos a nivel mundial é bastante frecuente, hai incluso teses doutorais dedicadas só a esta forma de expresión. En España, segundo ao que puidemos encontrar, foi dedicado un selo do correo en 2012 co gallo do 150 aniversario do Colexio de Enfermería de Madrid, e en 2013, un conmemorativo do 30 aniversario da Asociación Nacional Enfermeira en Saúde Mental. Neste selo que conta cunha lenda explícita e personalizada do colexio de enfermaría de Madrid, observamos a imaxe dunha enfermeira co uniforme tradicional, cofia e mandil, que identifica á profesión como xa sinalamos anteriormente.



Figura 133. Selo conmemorativo da creación da Cruz Vermella. 1926

Fonte:. (Miralles Sangro, 2013)

Os precedentes no caso da enfermaría nos selos en España remóntanse a 1923 co selo que vemos a beira e que reproduce a efíxie da raíña Victoria Eugenia, co uniforme de Dama Enfermeira da Cruz Vermella. Fotografía de Kaulak.

A raíña Victoria Eugenia, Presidenta da Cruz Vermella Española era coñecedora do labor da organización internacional, quixo que en España houbera enfermeiras desta institución e este foi o motivo polo que no ano 1923 fundara no Hospital de San Xosé e Santa Adela de Madrid a Escola de Enfermeiras da Cruz Vermella Española.(Miralles, 2014, p. 111)



Figura 134. República Española. 1938

Fonte: (Miralles Sangro, 2013)

No caso deste selo trátase dun Gravado orixinal de Camilo Delhom, impreso na Fábrica Nacional de Moeda e Timbre.

O motivo do gravado é unha evacuación ao Hospital de Campaña dende o campo de batalla que adiviñamos pola presenza do arame. Un sanitario e unha enfermeira (uniforme, capa e toca) da Cruz Vermella levan coas súas mans ao soldado ferido.(Miralles, 2014, p. 111)

A imaxe apela ós sentimentos e á sensibilidade para que a colecta de fondos sexa efectiva. O selo leva unha forte sobre tasa 5 pts sobre 45 cmts, co obxecto de recadar fondos para manter a Cruz Vermella.



Figura 135. Loita antituberculosa

Fonte:(filostamp, 2014)

Este selo foi sacado a luz en 1953. A representación foi tomada de A imaxe enfermeira a través dos documentos filatélicos (Miralles, 2014, p. 111)

Nel obsérvase a cruz de Caravaca, nun primeiro plano, que simboliza a loita antituberculosa dende 1928. Tamén, nun primeiro plano, podemos ver a enfermeira, ataviada co uniforme de traballo, realizando a práctica da vacinación nun bebé, colocado sobre unha mesa na que tamén hai instrumentos de traballo.Unha vez máis destaca a cofia e o mandil, como elementos identitarios da profesión enfermeira.

A imaxe fala da profesional da enfermaría como unha figura amiga, cuxo obxectivo está en axudar á poboación na loita contra unha enfermidade mortal, neste caso vacinandoaos máis sensibles e vulnerables, os nenos.

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

Estoutro selo viu a luz no ano 2013, trátase como aclara a lenda que vemos nun primeiro plano, de conmemorar os 30 anos de traballo da Asociación de Enfermería en Saúde Mental. Non aparece a figura explícita dos profesionais. En segundo termo aparece o que se nos antolla unha neurona.



Figura 136. 30 años Cuidando.

Asociación Nacional Enfermería Salud Mental

Fonte: (Enfermería avanza, 2015)

No blogspot sellosficcion.com preséntase unha colección de selos dedicada a mulleres onde podemos ver enfermeiras, a vez que nos relatan a súa historia e contribución ao mundo da saúde.



Figura 137. Mary Seacole

Fonte: (sellosficcion, 2015)

O selo que reproducimos é o dunha muller que estivo coidando soldados na Guerra de Crimea, a diferenza de Nightingale, con total autonomía do resto dos profesionais sanitarios. Esta muller aplicaba medicina tradicional naturista aprendida no seu país de orixe, levou estes remedios a un hotel de Crimea onde instalou a súa consulta e atendía aos soldados feridos, ganándose da “Dama da lámpada” quen consideraba os servizos que prestaba Mary Seacole como os dun bordel.

Son máis os selos que podemos encontrar, pero para situarnos no que precisamos neste traballo abundan estes. Só dicir que a enfermmería aparece noutros selos do correo no Estado español, pero de xeito implícito, figurando outros sanitarios e outras institucións como protagonistas principais, e a enfermmería nun segundo lugar.

5.11. Escultura

Ao igual que acontece coa literatura, son moitas as obras escultóricas que encontramos reflectindo as diferentes etapas da vida, que van dende o nacemento ate a morte, pasando por estados de enfermidade. No caso da enfermaría como profesión ou como profesionais, estas manifestacións artísticas no son moi abundosas.



A que amosamos a esquerda é unha estatua dedicada a Florence Nightingale no Pazo de Waterloo en Londres, na man dereita amosa unha lámpada, como símbolo da enfermeira que dá luz. A imaxe pode parecer un tanto idílica, inclusive inxenua, pero reflicte claramente o espírito que deben de posuír os profesionais da enfermaría, axudar aos que o precisan e por luz na escuridade que supón a enfermidade en moitas ocasións.

Figura 138. Estatua a Florence Nightingale

Fonte:(globomidia, 2015)

No caso do Estado español por orde cronolóxica, encontramos as realizadas para homenaxear a profesionais, destacando o seu labor profesional en diferentes etapas da nosa historia nos últimos cen anos. Imos ver aquí tan so unha mostra.



Esta escultura destaca o labor dun grupo de enfermeiras encabezadas pola Duquesa da Victoria na guerra de Marrocos. Realizada no ano de 1925 polo asturiano Julio González Pola y García. Está situada no centro da fachada do Hospital da Cruz Vermella San José y Santa Adela (Madrid) Fai alusión máis ben á persoa, que observamos atendendo a un ferido en actitude maternal, amosa a imaxe de muller-nai, coidadora dos feridos.

Figura 139. Duquesa da Victoria na Guerra de Marrocos

Fonte:(diariodicen, 2015)

Encontramos monumentos conmemorativos que non teñen nada que ver co prestixio das persoas ou da profesión, como é o caso do monumento ás enfermeiras da Cruz Vermella en Astorga, onde se recorda un suceso dramático que aconteceu con esas persoas en concreto, sen outra finalidade máis que a propaganda da ditadura.



Figura 140. Escultura “Homenaje a la Enfermería” en Murcia.

Fonte:(adiezminutosdelcentro, 2015)

Unha escultura en homenaxe á enfermmería preside o acceso ao Hospital Reina Sofía de Murcia foi inaugurada en maio do 2009.

Esta escultura pretende render homenaxe aos cen anos de existencia do Colexio Oficial de Enfermaría de Murcia e aos servizos prestados polos profesionais que durante este período exerceron as ciencias dos coidados.

A imaxe identifica á profesión polas cintas cruzadas sobre o peito que formaban parte da capa empregada polas enfermeiras, no uniforme empregado cando saían a rúa. Esta capa que era imposta nalgúns actos de graduación, como símbolo da responsabilidade que pesa sobre os ombreiros das profesionais que se encargan de velar polos coidados de saúde da sociedade.



Figura 141. Escultura sobre a profesión de enfermaría. Jaén.

Fonte:(redjaen, 2011)

Imos sinalar entre outras mostras a escultura dedicada á profesión enfermeira en Xaén no ano 2014.

A obra foi realizada polo artista José Ríos e colocada na praza que leva o nome do Colexio de Enfermaría de Xaén, cerca do Hospital Neurotraumatolóxico.

Podemos ver como esta obra alegórica tamén fai referencia á cruz formada polas tiras da capa e máis do mandil das enfermeiras.

A escusa para a súa inauguración foi a de clausurar un curso de Urgencia e Emerxencias que realiza o Colexio de Enfermaría desta provincia de xeito anual.

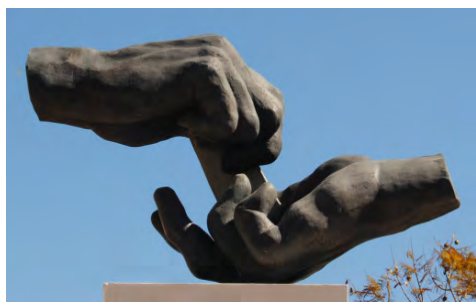


Figura 142. Monumento coidando ás persoas. Alacant.

Fonte: (wikiloc, 2013)

Esta escultura está situada no xardín central. Na obra véñse dúas mans entrelazadas como símbolo do coidado e da axuda que enfermeiras e enfermeiros ofrecen co seu traballo cotiá, dun xeito abnegado e silencioso. O escultor, José Díaz Azorín, foi quen fixo realidade esta obra realizada en bronce que reproduce dúas mans nunha acción

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

dunha persoa que axuda a outra, recordando así os coidados que exercen os profesionais da enfermmería, que coas súas mans proporcionan coidados, e calor aos usuarios . Réndese así unha homenaxe e recoñecemento aos profesionais por esta prestación de coidados para clausurar os actos do centenario da creación do Colexio de Enfermería de Alacant en febreiro de 2011.

No caso da imaxe que Observamos aquí vemos unha escultura contemplando a simboloxía empregada pola organización colexial de enfermmería no Estado español. Consisten estes signos en dúas cintas do antigo mandil e da capa que formaron o uniforme en momentos precedentes, símbolo cono xa reflectimos anteriormente da responsabilidade da profesional, no caso do mandil de limpeza; estas cintas forman un todo que representa á sociedade a nivel total; a vez que se ve tamén unha cruz de brazos iguais, símbolo da sanidade. Son portados pola persoa que exerce os coidados, representada neste caso polo na parte superior, como ente sobre o que recaen os atributos sinalados.



Figura 143. Monumento á enfermmería almeriense.

Fonte: (www.aytoalmeria.es, 2015)



No caso da cidade de Elche, na provincia de Alacant un dos palmeirais polos que se recoñece a este punto xeográfico, xunto con outras organizacións e persoeiros relevantes para a esta localidade, tamén conta cunha palmeira de recoñecemento a importancia dos coidados exercidos polos profesionais de enfermmería, como reza na placa colocada polo Concello desa cidade “Aos profesionais de Enfermería. O valor dos coidados”.

Figura 144. Palmeira dedicada á enfermmería en Elche (Alacant)

Fonte: Enfermería Avanza (<http://enfeps.blogspot.com.es>, 2013)

O monumento máis grande de Logroño está dedicado ás enfermeiras. A cidade quere render así unha homenaxe a estas profesionais. A obra realizada polo escultor rioxano Alejandro Narvaina, quen interrompeu a súa xubilación aos 75 anos para a realización desta obra de 4,5 de alto por 2,10 de ancho, realizada en bronce, dun xeito totalmente desinteresado, encargado polo Colexio de Enfermería e o Concello de Logroño co gallo do centenario desta organización. A escultura representa as tres etapas da vida na que está presente a enfermeira dende o nacemento ate a ancianidade. Foi inaugurada a primeiros de 2016, no acto a alcaldesa da cidade, sinalou o recoñecemento que se pretende render aos profesionais "... que nos coidan ao longo de toda a nosa vida, e o fan con dedicación , ledicia e esmero."



Figura 145. Monumento á enfermmería. Logroño.

Fonte: Diario Enfermero(diarioenfermero, 2016)

Tódalas imaxes teñen polo menos dúas lecturas, o que está manifestamente explícito, o que se ve; por outra banda, o manifesto simbólico que está implícito no fondo e cheo de significados. Estes dous significados son os que lle permiten ao autor da obra darlle unha intencionalidade *subliminar*, permitindo diversas formas de interpretación por parte dos que contemplan.

5.12. Teatro, cine e televisión

En calquera destas manifestacións escénicas, aparece a enfermaría e a imaxe dos profesionais. Se ben é certo que cada unha destas artes presenta as súas características propias, no que se refire ao tratamento da imaxe enfermeira garda unha similitude nas tres, presentando unha imaxe estereotipada que non imos tratar aquí. Algúns dos estereotipos xa os vimos no capítulo cuarto, onde analizamos a imaxe que os profesionais teñen de si mesmos e a que consideran que proxectan á comunidade.

Vai ser máis adiante onde incidiremos de forma máis detallada nesta proxección artística e como se senten os profesionais ao verse reflectidos nestes medios de gran alcance e influencia social. A xeito de resumo e como colofón remataremos este capítulo coa carta dunha enfermeira á industria cinematográfica personalizada en Hollywood; nela recollese o sentir xeneralizado dos profesionais da enfermaría respecto a imaxe proxectada polas artes cinematográficas, nas que tamén podemos incluír o teatro e a televisión, e que realizan as producións seguindo unhas normas rexidas pola economía do cine.

No referente aos títulos cremos que ocuparían un gran espazo polo que tan só nomeamos algúns, a modo de mostra, considerando que non merece a pena deterse neles por non afectar esa cuestión ao presente estudo. Exemplo: *Unha visita ao médico*, *A enfermeira perdoa un momento de loucura* (Rodolfo Santana) e outras comedias, nas que aparece dramatizada a figura da enfermeira.

“O Cine foi e continúa sendo unha das fontes con maior potencial de narratividade que contou cun papel determinante no desenvolvemento de clichés, estereotipos e unha ampla gama de modelado de todos aqueles asuntos que formaban parte da realidade histórica da enfermaría.”(Siles, 2008, p. 119)

Este medio permítenos realizar unha análise da imaxe enfermeira dende diferentes xéneros:

Comedia: *El mundo según Garp* de George Roy Hill (1982); *Tres gordos y un millonario* de Michael Schultz (1987); *Caso clínico en la clínica* de Frank Tashlin (1964); *Enfermero a la fuerza* de Robert Asher (1963); *Patch Adams* de Tom Shadyac (1998).

Dramático: *Adios a las armas* de Frank Borzage (1932), *Amor sublime* de Dudley Nichols (1946), *Alguien voló sobre el nido del cuco* de Milos Forman (1975).

Romance: *Expiación. Más allá de la pasión* de Joe Wright (2007) este xénero acostuma ir mesturado co bélico: *Johnny cogió su fusil* de Dalton Trumbo (1971); *Pearl Harbor* de Michael Bay (2001).

Os modelos culturais de enfermaría: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

Documental: o que máis encontramos dentro deste xénero son os filmes biográficos; os personaxes tratados son Florence Nightingale e Edith Cavell, por directores como Maurice Elvey, William Doerle, Herbert Wilcox ou Daryl Dike, entre outros, e dende primeiros do século XX ate hoxe. Thomas A. Edison realiza unha serie de documentais sobre enfermeiras en 1899 con *Love and War*, serie que continuará durante a súa vida con outras visións. *Asylum: a history of the mental institution in America*, que relata o problema da desinstitucionalización en 1989. *Las enfermeras de Evita* de Marcelo Goyeneche (2015).

Non faltan títulos que se poidan enmarcar nos xéneros terapéutico e máis no educativo, imos citar tan só un filme, pola súa significación, *The Student Nurses* (1970) realizado baixo a dirección de Stephanie Rothman quen recibe o encargo de realizar un filme erótico sobre a enfermeira, converténdose este nun filme educativo de denuncia feminista, sobre o trato ao que están sometidas as mulleres dentro da institución hospitalaria.

A imaxe da enfermaría aparece, en tódolos filmes, ligada ao médico como superior. A enfermeira realiza un labor de serventa, secretaria ou axudante; preséntase a esta profesional cunha capacidade intelectual inferior a do home, atribúenselle uns estereotipos que xa vimos e analizamos; o cine non é ningunha excepción, respecto das canles de comunicación das que vimos falando neste capítulo, amosando unha imaxe da enfermaría como profesionais de segunda ou subalternos, no mellor dos casos. A este respecto, transcribimos o remate deste capítulo a carta dunha enfermeira, dirixida ós directores e guionistas, dando a súa opinión respecto ao tratamento da enfermaría no sétimo arte.

Cine erótico ou pornográfico, estes xéneros son outra cousa, cun afán unicamente mercantilista e recadatorio, podemos encontrar centos de filmes dentro del. So imos amosar dous títulos coas súas correspondentes *carátulas*. Tomaremos a parte polo todo para ter unha visión da enfermaría neste xénero cinematográfico.



En *Nurse 3D*, observamos o carácter erótico da imaxe, no que se xoga coa cofia, a xiringa como instrumento que identifican as profesionais popularmente, o sangue como elemento vital, ao que neste caso se lle da unha visión de erotismo, representado na media e na luva que porta a suposta enfermeira, así como na xiringa e na punta da agulla. O sangue pode ferver, dando a entender que a persoa á que lle ocorre isto está moi excitada. A imaxe continúa cargada de erotismo pola posición da xiringa que de forma subliminar representa o órgano xenital masculino, e ademais está

Figura 146. Carátula película Nurse 3D

Fonte: (filmaffinity, 2013)

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

pernas da muller; o líquido vital que transporta a xiringa fai referencia a outro líquido vital, que sae o exterior pola parte distal do órgano sexual masculino.

Na carátula de *La enfermera de la noche*, xa se anuncia algo máis alá do erotismo. Entrando no xénero pornográfico, vemos como os símbolos populares da profesión enfermeira están presentes ca cofia e a xiringa que porta na man dereita; así, como outros símbolos que representan un hospital, cama hospitalaria, nun segundo plano dous personaxes masculinos con uniforme hospitalario e aos que se lles vela o rostro o igual que aos senos da “enfermeira” por unha cortina dunha fiestra que nos dá acceso clandestino ás instalacións do centro sanitario, o que supón a carga de transgresor do “voyeurismo” non consentido.



Figura 147. Carátula película *La enfermera de noche*

Fonte: (benitomovieposter, 1979)

Así poderíamos continuar observando como a imaxe da muller enfermeira se nos amosa unha vez máis sometida ao home, sen máis que ofrecer que o seu corpo, lonxe de toda profesionalidade. Evidentemente a muller é libre de decidir como pode utilizar o seu corpo e o uso que lle dá as súas propias imaxes. No caso da profesión enfermeira esta imaxe non parece adecuada, polas razóns e circunstancias que xa vimos.

Neste xénero erótico e pornográfico, entra en escena nos últimos anos a imaxe do home, aínda que con moitos menos títulos que no caso da muller, estamos a falar dos filmes clasificados dentro do xénero homoerótico. O seu obxectivo é o mesmo que no caso da muller, facer “taquilla”. Este tipo de filmes encaixan na imaxe homoerótica dos homes enfermeiros que tamén sinalamos en capítulos anteriores como un dos mitos, cos que se castiga socialmente aos homes por transgredir a norma e estar dentro dun espazo dedicado á muller, segundo determina a sociedade androcéntrica na que estamos inseridos.

5.13. Mass Media

A imaxe que se proxecta na sociedade reflicte os valores e realidades sociais do momento, dando diferentes visións do mesmo tema.

A imaxe social dunha profesión está fortemente condicionada pola forma en que é tratada nos diferentes medios de comunicación. No caso da enfermmería a representación social do colectivo nos mass media non é moi desexable, dado que estes non presentan unha imaxe que reflicta as habilidades ou o traballo que realizan as enfermeiras.

A profesión enfermeira conseguiu nas últimas décadas grandes avances a nivel tanto académico como profesional, non obstante a imaxe que se transmite destes profesionais non cambiou. A día de hoxe a imaxe enfermeira conta con numerosos estereotipos, como xa vimos, pero ademais sofre unha transparencia, podemos dicir invisibilidade, sublimada pola ausencia de signos visibles que identifiquen ós profesionais enfermeiros.

“Os medios de comunicación de masas actúan como axentes que reforzan e divulgan determinadas actitudes e crenzas, estereotipos e valores”. (De la Mota, 1988, p. 124)

Segundo os resultados da investigación realizada sobre los mass media por Cristina Heierle Valero, profesora de Enfermería Comunitaria na Escola de Enfermería de Granada:

A imaxe (da enfermaría) que a través da prensa se nos transmite é a imaxe de alguén non identificado que se dilúe no grupo, ou se lle asocia a outra profesión. Esta imaxe percíbese como a duns profesionais exercendo papeis secundarios. Ademais de non aparecer a identidade profesional, o papel individual e a responsabilidade que cada enfermeira ten no seu traballo, tan sequera se chega a percibir o papel que como grupo profesional exercen as enfermeiras. A prensa presenta ás enfermeiras como acompañantes secundarios sen impacto social nin autonomía. (Heierle, 2009, p. 98)

Estes estudos, segundo refire a autora, foron realizados entre 1998 e 2006 en diferentes países con semellantes ou idénticos resultados.

A imaxe que se transmite aos profesionais de enfermaría é secundaria e inapreciable, os medios de comunicación, facendo de espello, devolven á sociedade a imaxe dos profesionais dun xeito difuso. Recentemente líamos na prensa unha mesma noticia na que figuraban, entre outros protagonistas, dous profesionais con máis de trinta anos de exercicio enfermeiro. O que se salientaba deles nun caso era ser Presidente, dende fai un ano, dunha sociedade recreativa; no segundo caso, nomeábase á profesional como membro dunha plataforma sanitaria sen aludir en absoluto a súa profesión. Parécenos que trinta anos exercendo a profesión da

enfermaría merece, nestes casos ser polo menos nomeada e mais cando sí se facía referencia á profesión doutros personaxes entrevistados.

Os medios de comunicación son un vehículo non só de información mediante os que a sociedade se vincula a determinados profesionais, senón que á vez, esa información canalizada dalgún xeito reflicte o que a comunidade espera deles e marca o propio traballo destes profesionais. Así, a invisibilidade das enfermeiras como profesionais independentes, marca o traballo destas no seu facer cotiá. (Marín, 1992, pp. 97-128)

Moi poucas veces a enfermeira como tal ou como profesional aparece nos medios de comunicación como protagonista dunha noticia, no caso de aparecer faise invisible a súa condición profesional ou aparece marxinalmente como recheo ou acompañante doutros profesionais ...

Os profesionais da enfermaría debemos recoñecer os efectos negativos que provoca a difusión continuada dos estereotipos sobre a enfermaría, á vez que facer conscientes desta situación os traballadores dos mass media.

No mundo da imaxe cada persoa ve só o que coñece, por iso, para aprender sempre se parte do que xa nos é coñecido. Cando alguén dende fóra observa a imaxe enfermeira, obsérvaa dende a cultura que nos rodea, interpretándoa dende as claves que se posúen. Cambiar de imaxe implica cambiar de sistemas que constrúen e reconstrúen a interpretación da realidade. Cambiar só as formas, é dicir, os uniformes, os signos, os títulos, os niveis académicos, sen comprender, e sobre todo, sen explicar a través dos medios a estrutura que determina ditos cambios, non condiciona o cambio de imaxe que percibe a sociedade, porque para ela, a imaxe segue tendo a mesma natureza. O que somos e o que amosamos ser, pode non ser o mesmo. Nestes casos, sen un gran esforzo por explicar e dar a coñecer o que somos e o que coñecemos, a sociedade escolle a imaxe que se aparenta ou, dito doutro xeito, o estereotipo que os medios transmiten do que se é. (Heierle, 2009, p. 98)

Estamos totalmente de acordo coa percepción e os matices que fai a autora, dado que non se visualiza onde traballan as enfermeiras, nin a importancia das súas decisións respecto á saúde da poboación. Non se ofrece unha información sobre os estudos para acadar a titulación da enfermeira polo que se sigue considerando unha axudante do médico, transmitindo unha imaxe pobre e pouco recoñecida.

Imos observar de forma superficial os medios de comunicación de masas tradicionais: prensa, radio e televisión.

5.13.1. Prensa

Na prensa escrita, aparece de cando en vez algunha noticia referente a enfermmería, en páxinas sobre saúde formando parte, a maioría das veces, de suplementos confeccionados co gallo dalgunha celebración puntual sobre o día dedicado a unha determinada patoloxía.

Encontramos algún caso que conta con algunha referencia puntual ós profesionais, como acontece co periódico dixital “MAS.SV” editado en El Salvador, que dedica o 15 de maio do 2014 unha noticia titulada “Cinco cancións para homenaxear ás enfermeiras” co motivo da celebración do día mundial da enfermmería. Tamén observamos como os xornais locais “El Progreso” ou “La Voz de Galicia”, entre outros, dedican unhas páxinas, en formato monográfico, dando información sobre a profesión enfermeira, unicamente dúas ou tres veces ao ano.

Por outra banda, encontramos as producións de prensa dos propios profesionais a través das organizacións colexiais ou de asociacións. Nestas publicacións periódicas podemos ler regularmente noticias de interese para os profesionais e ou artigos científicos que van dirixidos exclusivamente ás prácticas de cote no seu traballo. Estas publicacións que se achegan a un cento son moitas e tratan variados temas relacionados coa enfermmería, dende as americanas encabezadas pola American Journal of Nursing, ate a española Rol de Enfermería, pasando pola Revista Cubana de Enfermería. Os temas que tratan son, en moitos casos, xenéricos e relativos á profesión. Nunhas tratan as novidades, como é o caso de *Advances in Nursing Science*, outras tratan temas específicos como é o caso de *Híades*, especializada na historia da Profesión. Os títulos dalgunhas delas xa nos indican cal é a súa temática como *Ética de los cuidados*, *Enfermería intensiva* ou *Enfermería en Cardiología*.

O Consello Xeral de Enfermería do Estado español conta cun diario enfermeiro, que actualmente se publica por vía dixital.

Isto fainos conscientes, sen necesidade de afondar moito máis, de que a profesión e mailas actividades enfermeiras non transcenden á sociedade, permanecendo invisibles máis alá do propio círculo sanitario no que se circunscriben.

5.13.2. Radio

Se ben é certo que existen programas dedicados ao mundo da saúde, estes xeralmente están dirixidos por médicos. Tratan sobre diferentes patoloxías, máis ou menos frecuentes, así como dos remedios a aplicar para paliarlas. Non coñecemos ningún programa sobre os cuidados para a saúde, dirixidos ás prácticas que debería

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

realizar a poboación para ter unha vida máis sa. Estes programas deberían existir e estar realizados e dirixidos por profesionais de enfermmería.

Nestes momentos, ademais das cadeas de radio convencionais, podemos encontrar formatos de radio en páxinas web, como o programa de Radio *online* “*Abrete de orejas*” creado no ano 2009, que no seu Nº 44 fai un programa especial de cancións sobre Hospitais, doutores e enfermeiras. Faise unha crítica a privatización da sanidade pública e agradece aos diferentes profesionais que traballan nela a súa dedicación. En ton humorístico advirte que o programa é unha inxección musical sen efectos secundarios.

5.13.3. Televisión

O mesmo que sinalamos para o medio da radio podemos aplicalo á televisión, na que podemos ver algún programa de divulgación sanitaria, pero igualmente botamos en falta programas de educación para a saúde sobre coidados dirixidos por enfermeiros/as para a cidadanía en xeral.

O Consello Xeral de Enfermería de España, conta cunha canle enfermeira a través da que se difunden noticias de interese para os profesionais, <http://www.enfermeriatv.es>

A televisión tamén é unha canle divulgativa da imaxe enfermeira a través de series e de filmes, que polo xeral acostuman a presentar imaxes estereotipadas da profesión facendo que a poboación e os mesmos profesionais adopten unha imaxe errónea do que son o rol e mailas prácticas profesionais da enfermmería, dando lugar a un “postureo” que non é real e lle fai dano á enfermmería en xeral. Nestas series e filmes podemos aplicar o que xa deixamos dito sobre o cine.

5.14. Las TIC

Por último, encontramos as novas tecnoloxías aplicadas á información e á comunicación que utilizan o internet como instrumento básico de difusión, como é o caso de diarios, programas de radio, canles de televisión, bases de datos, buscadores ou páxinas de información, blogs ou redes sociais.

Se poñemos no buscador Google, como palabra clave “enfermeira”, o tipo de imaxes e informacións que aparecen varían de día en día, incluso dun momento para outro, cualitativamente non son moitas o número de entradas que fan referencia a cuestións de interese social ou ben temas profesionais. Queremos salientar tamén que escasamente aparece a figura do home a non ser para identificalo como médico. Algunhas das imaxes representan o estereotipo erótico da enfermeira, observándose unha pequena diferenza entre hoxe e o momento de comezar a redactar esta tese no

Os modelos culturais de enfermaría: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

que a visión da imaxe profesional era escasa, predominando a imaxe erótico festiva. Se poñemos a palabra “enfermeiro”, ocorre o mesmo que no caso anterior.

5.15. Bases de datos

Estes son os lugares virtuais onde se almacena información, neste caso do mundo da enfermaría. Algúns dos máis salientables recollidos no *blogspot* de “Enfermería avanza”, sinalámoslos no seguinte cadro.

Táboa10. Relación de Bases de Datos de enfermaría

BMJ ClinicalEvidence	Historyofmedicine
ClinicalTrials	IBECS
COCHRANE Plus	IME
CUIDATGE	Instituto JoannaBriggs
CUIDEN (acceso libre)	LILACS
CUIDENPLUS	NIH ClinicalAlerts and Advisories
DOCUMED	PubMed
ENFISPO	TESEO
Historia de la Ciencia	WOK

Fonte:<http://enfeps.blogspot.com.es>. 2015

5.16. Buscadores e páxinas de información

Son cada día máis e mellores os buscadores e as páxinas que ofrecen información sobre temas relacionados co que nos ocupa. Algúns son xenéricos e outros máis específicos, especializándose nun tema concreto da profesión.

Táboa 11. Buscadores e páxinas de información enfermeira

<p>AEEC- Asociación Española de Enfermería Cardiológica</p> <p>American Nursing Association (ANA)</p> <p>ANEDIDIC</p> <p>Asociación Española de Emergencias</p> <p>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA</p> <p>Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Catálogo Nacional de Hospitales</p> <p>Cicatrizando</p> <p>Comunidad Virtual Enfermería Infantil</p> <p>Cuidamosweb</p> <p>E-emergencia</p> <p>Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y neonatales</p> <p>Enfermería de Urgencias</p> <p>ENFERSALUD. Directorio de Enfermería de José Dacal</p> <p>EnriqueTorné – Enfermería Intensiva , CirugíaCardíaca e Investigación Enfermería</p> <p>EUSKAMPUS</p> <p>FISTERRA</p> <p>Foro de Enfermería de Urgencias-Emergenias de Asturias</p> <p>FUDEN</p> <p>FUNDACION DIABETES</p> <p>Fundación AvedisDonabediam</p>	<p>Fundación Index</p> <p>GNEAUPP</p> <p>Google Académico</p> <p>Instituto JoannaBriggs</p> <p>Instituto JoannaBriggs (España)</p> <p>Investen – Instituto de salud Carlos III</p> <p>José Manuel Velasco – Cuidados Intensivos y Práctica basada en evidencia</p> <p>MEDLINE</p> <p>Medscape</p> <p>Mi matrona</p> <p>NANDA</p> <p>Nursing Center</p> <p>Página de Enfermería de Manuel A. Fuentes Pérez</p> <p>Página del Dr.- Aragón</p> <p>Reanimacion</p> <p>REMI – Sección enfermería</p> <p>Salud Multimedia</p> <p>Santiago García Velasco Sánchez Morago - Ventilación Mecánica</p> <p>SATSE</p> <p>SECA- Sociedad Española de Calidad Asistencial</p> <p>SECPAL-Sociedad Española de Cuidados paliativos</p> <p>SEEUE</p> <p>Sociedad Española de Enfermería Intensiva</p> <p>Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica</p> <p>Tablón en blanco. Comunidad enfermera</p> <p>Tratado ECCPN</p> <p>VADEMECUM</p> <p>Úlceras.net</p>
--	---

Fonte:<http://enfeps.blogspot.com.es>.2015

5.17. Blogs

Os blogspot son unha ferramenta de intercambio de coñecementos e de opinións. Polo tanto, resultan ser unha fonte de coñecementos básicos como xenéricos e tamén especializados en diferentes materias, neste caso referentes á profesión enfermeira, aos profesionais ou as prácticas que estes realizan no seu traballo diario. Na táboa sinalamos tan só algúns dos que podemos encontrar neste momento na rede.

Táboa 12. Relación de Blogspot enfermeiros en español

#6000enfermeras Asociación Enfermería de Asturias Blog Enfermería COGITARE EM SAÚDE (Portugal) Compendio de Enfermería (Chile) Cuadernillod@enfermeir@ Cuida/te Cuida2 Cuidamosweb cuidARTE (siempre) (Argentina) Del Practicante... a la Enfermera Diario de una Enfermera - ¿Desde cuando no existe la vocación? BCN Ebevidencia.com El Diagnóstico Enfermero El espejo de la Realidad Enfermería avanza Enfermaría Galega Integral Enfermería... tu lugar!!! Enfermeriavisible Enfermeros, por Carlos Tardío	EPS en Enfermería: UPP Estándares de cuidados en enfermería Grupo de Enfermería ENE Grupo de Ética Profesional Enfermera Impulso Enfermero Informal...Mente. ¿mp3 ao mq3? Informática Sanitaria (USC) La Comisión Gestora Más Enfermería Mi vida contada en palabras Noticias de Enfermería Otra Enfermería Peces Digitales Punto de EncuentroEnfermero redyrolenfermero Sociedad Española de Enfermería en Cirugía Todo por un sueño: matrona Vía Intravenosa Visión enfermera (BBAA)
--	--

Fonte: Elaboración propia

Táboa 13. Relación de *Nursing Blogspot*

A Fledging Nurse blog	NewGrad NP
About a Nurse	New To Nursing
BlissfulEntropy	No CapHere: A NewGenerationof Nursing
Cases Blog: Medical And HealthBlog	No place for old NP'S
Clinical Cases And Images: ClinicalCases.Org	Not Nurse Tratched
CodeBlog: Tales Of A Nurse	Nurse On The Run
CodePink	Nurse Practitioners in Business
CountingSheeps	Nurse Ratches Place
Crass-Pollination: An ER Blog	Nurse Sean (dot) com
Crzegl, flightnurse	Nursing Link
DeaconBarry	Nursing Research: Show me theevidence!
DigitalDoorway	Nursing VoicesForum
Donorcycle	Nursing: YouWannaKnowWhat I Think?
EDNurseasauras, Still In The Trenches	Nurstory
Girl in Greenwood	Orientedx3
Head Nurse	Paging Dr. Nurse
Healthcare POV: LatestPostsFromEachBlog	Tales from Labor AND Delivery
ImpactEDnurse	Tales fromtheDeliveryRoom
IntotheUnit	Tales Of A SchoolZoned Nurse
It shouldn'thappen in healthcare	The Nursing Show
Licensed 2 ILL	The Politics Of Healthcare
Life in the NHS	Tiggersdon'tjump
Livin'Large	TopofmyHead
Marks on theworld	YourCareer Nursing: HelpingNursesSucceed
Mediblogopathy	

Fonte: Elaboración propia

5.18. Redes sociais (Facebook, YouTube, Twitter ou Instagram)

Son moitas tamén as redes sociais que a día de hoxe se empregan na vida cotiá e tamén na profesional. Sinalamos aquí estas tres por ser seguramente as máis coñecidas a nivel popular. Empréganse como lugares nos que se plasman uns contidos, que pretenden ser compartidos, para público coñecemento, o que non quere dicir que sexan certos ou estean verificados. Por este motivo debemos saber discriminar e empregalos de forma que amosemos cautela.

Ben é certo que os profesionais tamén empregan estas redes para concienciar, realizando un labor crítica e educadora cara aos propios profesionais e máis á sociedade en xeral, sobre a imaxe da enfermaría.

So imos mencionar o fenómeno de *Enfermera Saturada* que naceu nas redes sociais e neste momento xa se traduciu en dous libros dos que xa falamos no seu



Figura 148. Enfermera Saturada

Fonte: Facebook Enfermera Saturada

momento *La vida es suero* e *La vida entre suturas*, cuxo volume de vendas e o de seguidores sigue en aumento constante.

A primeira conta de *Enfermera Saturada* naceu en febreiro do 2012, neste momento conta con 59.500 seguidores.

En Instagram en setembro de 2013, conta con 62.800 seguidores.

En mayo de 2014 en Facebook é na que ten máis influencia na rede con 96.800, e medra a un ritmo de 130 seguidores cada día.

En YouTube conta con 1.120 seguidores.

Recentemente abriu en Snapchat e conta con 1.400 seguidores. En total a día de hoxe conta con 221.000 seguidores.

A pesar de non afondar demasiado no tema, que precisaría unha investigación máis minuciosa e detalla, podemos observar como as canles sinaladas, onde se atopa o maior número de manifestacións da imaxe enfermeira, son aquelas que utilizaron e utilizan a imaxe destes profesionais con fins propagandísticos, cun marketing claramente comercial, aproveitándose da imaxe da enfermaría que en cada momento interese segundo o produto a vender: dende medicamentos ate copas nun local de hostalaría, pasando por artigos de alimentación ou de beleza.

5.19. Os xogos na rede

Non podemos deixar de citar este tipo de manifestación tan en auge neste momento. Por citar un exemplo, no xogo *Assassin's Creed Syndicate* (a película del) no minuto 2:55:47 aparece como unha das protagonistas Florence Nightingale, coidadora da saúde e, neste caso concreto, defensora dos máis febles socialmente, preséntana con poder nas altas instancias. Nun momento no que necesidade é moita. A figura da enfermeira aparece como unha muller de ben, disposta a non renderse e pelexar polo ben común, nunha sociedade enferma e falta de valores. Ela comprométese a empregar as súas influencias para que todo se realice por unha canle legal. (Youtube.com, 2015, p. 2:55:47)

A parte dos filmes de carácter erótico que tamén podemos encontrar a través das TIC e que non imos citar aquí por ser de fácil acceso a través de calquera buscador (simplemente con por as palabras clave: enfermera, vídeo erótico) podemos contar por centos os vídeos erótico-festivos nos que imos encontrar todo tipo de sexo e de personaxes, dende a muller ataviada con traxes de enfermeira realizando actos de autocomplacencia, ate realizando o coito con médicos, usuarios, pasando por escenas

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

lesbias, de sadomasoquismo e outras tendencias e gustos sexuais. As características sempre son as mesmas, muller ataviada con cofia e outras prendas de roupa e signos que a identifican como enfermeira, cunha paixón desenfreada que realiza o acto sexual como se fose parte do seu traballo cotiá dentro do exercicio da profesión enfermeira. Evidentemente repercute de xeito negativo, en primeiro lugar na imaxe da muller en segundo na imaxe da muller enfermeira, sobre todo neste momento no se da a invisibilidade doutros valores da muller.

Tamén podemos encontrar abundantes, xogos interactivos deste mesmo corte entre os que só sinalamos dous, para facernos unha idea dos seus contidos.



Figura 149. Xogo de bicos coa enfermeira

Fonte: (juegospom, 2014)

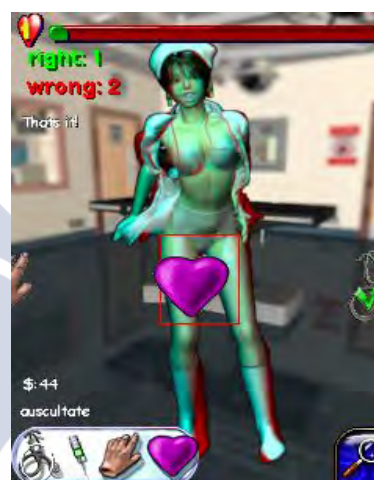


Figura 150. A enfermeira perversa manga 3D

(<http://java.mob.org.es/game>, 2014)

Evidentemente mentres non respectemos a imaxe da muller, non imos respectar a imaxe da enfermeira, por unha banda a enfermaría é unha profesión feminina, por outra as profesionais de xénero feminino son unha maioría, motivos polos que en moitas ocasións se ve ninguneada.

5.20. A imaxe enfermeira e a industria cinematográfica

Para rematar este paseo polas diferentes canles de comunicación imos transcribir aquí a carta que recentemente unha enfermeira estadounidense remitiu á industria cinematográfica de Hollywood con ideas compartidas pola enfermaría a nivel mundial, acerca dos mitos que aparecen nas pantallas sobre a profesión enfermeira; no noso entorno tamén podemos observar estas imaxes. Na carta tamén ofrece información sobre o que fan realmente os profesionais da enfermaría cando aplican os coidados profesionais. Resaltar que a epístola tamén recolle a petición de que non se glorifique as enfermeiras ou se convertan en heroes ou en mártires



Figura 151. A industria cinematográfica

Fonte:(enfermeriacomunitaria, 2015)

A transcripción que segue, está plasmada, segundo se reproduce na páxina da Asociación de Enfermaría Comunitaria.

Estimados señores de Hollywood:

Nosoutras, as enfermeiras e enfermeiros do mundo, temos algo que dicirles. As enfermeiras non somos o que vostedes pensan. A enfermaría é unha profesión independente altamente capacitada e cualificada en brindar coidados expertos de saúde que salvan vidas tódolos días.

Traballamos duro e dedicámonos a marcar diferenzas na vida das persoas. E estamos realmente fartas de ir a casa despois dunha quenda de doce horas, acender a televisión, e vernos a nosoutras mesmas representadas como cabezas baldeiras sen cerebro. Isto estivo sucedendo durante demasiado tempo, e ten que parar...

Recordo cando estaba na escola de enfermaría, a ver a televisión coa miña compañeira de cuarto, Liz, unha obra de teatro, na que un famoso comediante da época se vestía como un pallaso. Por algunha razón, o pallaso tivo que abandonar o circo. "Entón -dixo o narrador- o pallaso comezou a traballar de

enfermeira". Rimos do absurdo desto, pero nunca o esquecimos. Estabamos en medio dunha carreira de enfermmería de esixentes cinco cursos académicos, e a suxestión de que calquera persoa, incluso un pallaso, podería ser enfermeira, foi magoándonos. Creo que foi entón cando empecei a tomar nota de cómo Hollywood representa as enfermeiras. A resposta é ... mal. Pero non é só a falta de respecto que ven a través de retratos de Hollywood, é o desprezo, e non é en absoluto sutil. Desprézanos na forma de encadrar as enfermeiras na pantalla pequena, parece que estamos ben de imbéciles, ou ninfómanas como en "Nurse Ratcheds". Obviamente, vostedes non teñen ningún concepto das enfermeiras como profesionais universitarias autónomas. Traballamos xunto ós médicos, somos as súas colegas, non as súas subordinadas. Con todo, en tódolos dramas hospitalarios, os personaxes médicos están ordenando ás enfermeiras de todo, trátanas como serventas sen educación e lévanse o creto por coidados que son de enfermaría, mentres que as personaxes enfermeiras acaban por desaparecer da vista.

Case podo oír a súa reacción ás miñas queixas. "Non, non, querida, non o tomes como algo persoal, é inofensivo e gracioso". É, realmente? Seguirá sendo inofensivo ou divertido un día no futuro, cando vostede estea nun hospital e pulse o botón da enfermeira de garda e ninguén responda? Ou se responde finalmente, será un persoal técnico minimamente capacitado?

A escaseza de enfermeiras reduciu considerablemente as nosas filas, e levou a moitas de nosoutras á xubilación anticipada. Non axuda a esta situación que os escolares e adolescentes descarten de entrada a idea de converterse en enfermeiras debido á forma en que o persoal de enfermmería é retratado en "Anatomía de Grey". Converterse nunha enfermeira, cren, é un desperdicio para os seus talentos. Tal vez estean mal informados...

Vou dar ós de Hollywood o beneficio da dúbida e asumir que só teñen a impresión equivocada das enfermeiras, e que non teñen idea do que as enfermeiras somos de verdade. Pero para o lector non enfermeiro, imos a imaxinar que se encontra no hospital, e que acaba de facérselle unha cirurxía cardíaca de emerxencia.

Quén cree vostede que estará ao seu lado, mirando a súa presión sanguínea, asegurándose de que non entre en shoc?

Quén vai estar atento á mais leve sinal de hemorraxia que ameace a súa vida?

Quén vai a responder en cuestión de segundos se o seu corazón comeza a latir irregularmente?

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión

Quén se asegurará de que o seu tubo torácico non se bloquee e o faga entrar en paro cardíaco?

Quén vai manter a circulación das pernas movéndoas para que non se forme un coágulo e non morra a causa dunha embolia pulmonar?

Quén vai estar constantemente vixiando para asegurarse de que non deixe de respirar, que está recibindo suficiente osíxeno, que a neumonía postoperatoria non está avanzando?

Quén vai aliviar a súa dor, incluso antes de que o diga?

Quén vai a explicar todo o que lle está a pasar e lle ensinará cómo coidar de sí mesmo despois de regresar a casa?

Dareilles unha pista, non é o seu médico. Son as súas enfermeiras(os). Veranos traballando con seguridade a través dos momentos máis perigosos da súa vida, facendo todas estas cousas e moito mais. E só para que quede claro, vou dicir o que as enfermeiras(os) non van facer. Non se agruparán arredor do control de enfermaría como se fose unha festa, coqueteando cos médicos. Non estarán no cuarto das escobas ou nas escaleiras ou detrás da cortina do paciente dando favores sexuais. Non se escapará despois de que o médico pase na súa visita pola planta, ou sairá correndo detrás para servirle o café. Tampouco estarán na cadeira da recepcionista, queixándose de non poder entrar na Facultade de Medicina. Se estas escenas lles soan un pouco familiares, non me sorprende. Así é como as enfermeiras están regularmente representadas nos programas de televisión.

Por favor, non somos anxos de misericordia... Hollywood e canles de televisión, non estamos pedindo que glorifiquen ás enfermeiras! Non nos convertan en heroes ou mártires! Só queremos que se conceda o respecto, a estima que a nosa educación, investidura e orde de profesión merecen! Queremos que respecten a nosa dignidade! Non queremos que todo o mundo pense que somos subordinados de mala calidade, de poucas luces.

Queremos borrar a imaxe da "enfermeira pícara" esa é, a súa fantasía, non á nosa.

Queremos que os nenos e rapaces, se impresionen ao ver a enfermaría como unha profesión respectada e viable e incluso admirada e que un se sentiría orgulloso de chamar propia. Pero sobre todo, queremos que os nosos pacientes confíen en nós e o valor do noso coñecemento, para que cando lles ensinemos a ser persoas máis sans e que vivan máis tempo vidas máis saudables, escoiten. Esta, capacidade nosa máis prezada, o cerne da enfermaría, é o que ameazan

cos seus intentos baratos para aumentar audiencia, ridiculizando á profesión de Enfermería.

A miña pregunta é, vale a pena? É o diñeiro que gana dos espectadores entretidos con personaxes enfermeiras mentalmente desequilibradas, promiscuas sexuais, ou servís idiotas? Vale a pena que inflúan negativamente en centos de miles de homes e mulleres novos e os impulsen a evitar unha carreira de enfermmería? Sentiranse orgullosos, a próxima vez que se encontren a unha enfermeira, e saiban que vostedes fixeron unha fenda na súa estima e a capacidade para ser eficaz no seu traballo? Ou van a infundir algo de realismo nos seus gastados estereotipos?

Poden empezar por descartar os seguintes mitos, que desapareceron fai moito tempo. Son falsidades!

1. Nos hospitais importantes, os médicos son superiores das enfermeiras, e estas traballan para os médicos.

Non é certo. A enfermmería é unha profesión autónoma e independente. Traballamos con ..., non para ..., os médicos. Temos os nosos propios líderes, e regulámonos e xestionámonos a nós mesmas. As enfermeiras/os deciden o que fan as enfermeiras, non os médicos.

2. A Enfermería non require moita educación.

A profesión de enfermmería está altamente especializada, a carreira é intensa e rigorosa, xa que a enfermmería é en sí mesma unha profesión baseada na ciencia. Moitas persoas, si cren que as enfermeiras van á universidade, cren que a carreira é breve ou que consiste nun programa de dous anos. De feito, o 58% das enfermeiras en EEUU teñen una licenciatura ou máis, e o número medra cada ano. O programa de Enfermería "en dous anos" non existe. O grao académico en enfermmería require requisitos previos, incluso antes de entrar ao programa de enfermmería básica, que esencialmente dura tres anos. E en moitas áreas, as enfermeiras recentemente graduadas sométense a estender a súa capacitación no ámbito clínico e aumentan enormemente a súa educación e habilidades na enfermmería.

3. As enfermeiras basicamente "xuntan datos" para os médicos.

A Enfermería é unha práctica que é única e distinta da medicina. A enfermmería é a protección, promoción e optimización da saúde e as habilidades; a prevención de enfermidades e lesións; o aliviar o sufrimento a través do diagnóstico e o tratamento da resposta humana; é a promoción no coidado das persoas, familias, comunidades e poboacións. A atención de enfermmería, a diferenza da medicina, está dirixida á persoa

Os modelos culturais de enfermmería: unha alternativa á xestión tradicional da profesión enteira, non só a un problema específico; a enfermmería abarca a preservación e o coidado da saúde e tanto os problemas de saúde reais como potenciais. O ámbito da práctica de enfermmería demostrouse en numerosos estudos, que salvan vidas e melloran os resultados sanitarios.

4. As enfermeiras son o que son porque non son o suficientemente intelixentes como para estudar medicina.

Este podería ser o mito máis irritante de todos. Fan parecer que a enfermmería é só un pequeno subconxunto da medicina, unha metamensaxe para a xente que non puido facelo pola escaleira. Con todo, a enfermmería é unha profesión diferente, non unha profesión de relegados ou diminuídos. Moitas enfermeiras cursan estudos avanzados de mestría o doutorados e seguen exercendo a súa profesión de enfermmería. E a investigación amosa que a atención proporcionada por estas enfermeiras especialistas é igual ou mellor cá dispensada polos médicos.

Qué é o que está en xogo? Evitei durante moito tempo ver programas de hospitais ou médicos, sabendo que me desgustaría. Ultimamente dinme conta de que non cambiou moito dende que estaba na escola de enfermmería, e hai moito máis en xogo cós sentimentos feridos. Como Summers dixo: "Non podemos resolver a escaseza mundial de enfermeiras sen recursos para a enfermmería na práctica clínica, a educación, a investigación e as residencias. E non se pode obter a financiación necesaria si por decisión dos responsables nos vemos como perdedores ou traballadores non cualificados. Se vostede estivese a cargo de mil millóns de dólares e tivese que decidir cómo se dividen, daríallo a ós que salvan vidas ou ós seus lacaios? Esta é a razón pola que a formación de enfermeiras obtén a metade do 1% do orzamento de saúde; e enfermmería recibe só 1 dólar por cada 375 que reciben as residencias médicas. Si as enfermeiras non son valoradas polo público, non serán financiadas, e a escaseza mundial de enfermeiras seguirá nunha espiral fora de control aínda maior."

O Feito de que as enfermeiras son frecuentemente excluídas das decisións de política sanitaria reflicte a crenza xeral de que as opinións das enfermeiras non teñen importancia, esta crenza vese reforzada polo que os medios de comunicación representan das enfermeiras. Isto é o que debe cambiar. A imaxe da enfermmería beneficiaríase de ter líderes visibles e respectadas, como o propón a Oficina Nacional de Enfermería. Os tres millóns de enfermeiras (quinze millóns en todo o mundo) deberíamos unir as nosas forzas e atacar este problema de fronte, falando de novo ós medios de comunicación, en defensa da profesión de enfermmería; estou convencida de que se podería fixar a imaxe da enfermmería e das enfermeiras, e o efecto bola de neve podería cambiar a dirección da escaseza de enfermeiras e o futuro da asistencia sanitaria. (Stokowski, Asociación de enfermmería comunitaria, 2011)

A imaxe enfermeira inflúe sobre a propia profesión e sobre todo o sistema sanitario, polo que esa imaxe debería de cambiarse en pro dunha nova actualizada e que se axuste a realidade dos novos tempos e dos novos profesionais.



Capítulo 6. Discusión e conclusións



Visión dos coidados de enfermaría holísticos (Elaboración propia)

“O que converte a vida nunha bendición non é facer o que nos gusta senón que nos guste o que facemos (Johan W. Goethe 1749-1832)



6.1. Preliminares

A estas alturas do século XXI xa non hai lugar a ningunha dúbida do que sinalara Virginia Henderson sobre a singularidade do traballo de enfermmería e a súa diferenciación co que realiza o médico. A finalidade do plan de coidados enfermeiros elaborárase entre o profesional de enfermmería e mailo usuario. Este proceso debe ter como obxectivo a saúde do usuario, tendo presentes as indicacións terapéuticas realizadas polo médico así como por outros membros do equipo de saúde. Henderson puxo especial énfase en deixar claro que as enfermeiras non teñen como obxectivo seguir as ordes do médico ... subliñou que as enfermeiras axudan aos pacientes nos seus problemas de saúde, inclusive, cando os médicos non están dispoñibles. (Marriner & Raile, 2003, p. 103)

Partimos da idea de que os profesionais da enfermmería son do mesmo acordo coas declaracións de Henderson, algúns usuarios tamén comezan a ver a diferenza (aínda que neste momento son os menos). Con todo, no desenvolvemento da investigación entráronnos certas dúbidas que nos parece importante aclarar pois na praxe observamos unha importante diferenza entre o que se di e o que se fai, por parte dos profesionais da enfermmería, o que entraba dentro das previsións iniciais.

Henderson, seguindo na mesma liña do naturalismo iniciada a finais do século XIX,



definiu a enfermmería en termos funcionais. “A única función da enfermeira consiste en axudar ao individuo, san ou enfermo a recuperar a saúde (ou a unha morte tranquila), como realizaría sen axuda se contase coa forza, vontade ou co coñecemento necesario, facéndoo de tal modo que se lle facilite a independencia o máis rápido posible.” (Henderson, 1998)

Figura 152. Virginia Henderson

Fonte: bligoo.com (Reyes, Isidora, 2003)

Neste traballo partimos da premisa que concibe aos usuarios dos servizos de saúde (polo tanto aos usuarios dos servizos de enfermmería) como o cerne a quen se dirixen os coidados. Os usuarios, polo tanto, convértese nos actores principais arredor dos que debe xirar todo o proceso e atencións, tanto por parte do sistema sanitario como polo resto dos actores involucrados na saúde desa persoa. Esta necesidade de cambio levounos a realizar unha análise buscando respostas a unha serie de interrogantes

iniciais, a partir dos que, como unha fervenza, foron xurdindo de xeito concatenado outras cuestións que non podemos deixar pasar por alto, aínda que precisen un estudo máis miúdo.

Así as cousas o primeiro paso é tomar consciencia do momento no que se encontran os coidados de enfermaría, o que servirá de punto de partida para planificar as actuacións de futuro, tanto se os profesionais queren continuar mergullados nun modelo bioloxicista (o que na nosa opinión non ten futuro) como se, pola contra, pretendemos realizar un cambio tendo presente ao individuo humano como un ser holístico asentado nos alicerces culturais.

No presente capítulo imos tratar de unificar e concluír, baseándonos nos diferentes resultados da investigación que se foron vertendo no transcorrer dos tres capítulos precedentes. Esta discusión realizámola seguindo a mesma estrutura que vertebrou o resto do presente traballo, para non diluírnos no océano que supón o mundo dos coidados e non perder o norte marcado polos obxectivos fixados inicialmente. As liñas de actuación das que partimos son as que sinalamos:

- Os coidados de enfermaría como unha cuestión de xénero
- A xerarquía nos coidados
- Importancia do espazo mailo tempo nos coidados
- Presente e futuro dos coidados
- Importancia da técnica no exercicio dos coidados
- Cómo son percibidos os coidados de enfermaría polos usuarios e os profesionais. Como cren que debería ser?
- A enfermaría no imaxinario popular e a súa evolución ao longo do pasado século. A influencia das canles de comunicación.

Outros elementos xurdiron en diferentes fases da investigación, directa ou indirectamente relacionados cos planeados inicialmente. Estes factores, por ser de nova xeración sobre o planeamento inicial, non deixan de ter unha gran relevancia neste estudo. A importancia da linguaxe, a dimensión cultural dos coidados como tal, o seu descoñecemento no momento de exercelos, a importancia da dimensión social, económica e política dos coidados de enfermaría, a relevancia a nivel comunitario, a imaxe de enfermaría e as diferentes canles de comunicación como difusoras desa imaxe ou a autonomía profesional como necesidade imperiosa para poder desenvolver o exercicio da profesión.

Escusado é dicir que non é a mesma visión a que teñen os usuarios como actores receptores dos coidados, que a visión dos profesionais da enfermaría como actores que dan os coidados dun xeito profesional e especializado. Debemos ter en conta que existe unha terceira perspectiva que é a relación entre a profesión dos coidados e outras disciplinas.

6.2. Os coidados de enfermaría unha cuestión de xénero

Como xa sinalamos, tanto social como culturalmente non hai nada que escape a influencia do xénero. Na distribución sexuada que se dá na sociedade occidental actual, todo é masculino ou feminino, dende os individuos e as cousas ate as profesións que, segundo o xénero, tamén se clasifican en masculinas e femininas, sen que resulte esta división do maior ou menor número das persoas dun ou outro xénero que nelas desenvolven a actividade, senón mais ben do parámetro do “poder” que, como vimos noutro capítulo, é o que realiza esta división.

No caso da enfermaría, esta división toma especial importancia dado que ao ser unha profesión clasificada como feminina, case todo o seu desenvolvemento está marcado por esta circunstancia como vector principal. Aínda que haxa outros factores que poidan ser importantes pero xa dun xeito secundario.

Segundo Santo Tomas e Mompart, o estudo do xénero como unha categoría de análise (Santo Tomás Pérez & Mompart García, p. 21) é moi recente, pois este débese á segunda ola do feminismo que comeza na década dos anos setenta do século XX. Incorpóranse os estudos da muller como un novo paradigma, xurde o xénero como categoría social e analítica que permite explicar as desigualdades entre mulleres e homes. O xénero convértese na nosa identidade individual e social. Isto vai permitir buscar explicacións ás formas que adquiren as relacións entre xéneros.

Coidaban aos enfermos, enterraban aos seus mortos, comían marisco e incluso, tiñan



características físicas distintas ás esperadas: habíaos roibos e de pel e ollos claros. As estrías nos dentes femininos e masculinos dos adultos fan pensar que realizaban tarefas distintas. CSIC

Figura 153. A división sexual do traballo nos Neandertais

Fonte: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (catalunya vanguardista, 2015)

A división entre o feminino e o masculino faise dende unha relación mutua dentro das esferas cultural e histórica. Pola contra do que puidésemos crer de primeira intención, quedan afastados desta división os aspectos biolóxicos; así as cousas,

debemos ter presente que feminino ou masculino non se está a referir ao sexo dos individuos, máis ben clasifícanse as condutas que a sociedade considera masculinas ou femininas.

En función das formulacións teóricas a adoptar e cando se busca a perspectiva do xénero é necesario: identificar as relacións de poder que se establecen entre os xéneros; ter en conta que esas relacións foron establecidas social e historicamente e son constitutivas das persoas; esas relacións atravesan todo urdido social e incardínanse con outras relacións sociais, as de clase, etnia, idade, preferencia sexual e relixión. (Santo Tomás Pérez & Mompart García)

De Barbieri en 1990, sinala que por sistemas de xénero enténdese aos conxuntos de prácticas, símbolos, representacións, normas e valores sociais que as sociedades elaboran a partir da diferenza social, anatómico-fisiolóxica, e que dan sentido as relacións entre persoas sexuadas.

Hoxe en día podemos considerar que a cuestión de xénero se ben e certo que enraíza en diferenzas anatómicas ou fisiolóxicas, ten superado estas esferas atendendo a un constructo cultural máis relacionado co poder e as xerarquías establecidas no mundo occidental. Neste constructo, no que se refire ao xénero está producíndose un cambio, máis ou menos convulso, sobre todo nos sectores máis conservadores. Debemos ter presente que os cambios culturais non se producen da noite para a mañá, nin por que se diten ou entren en vigor determinadas leis, as transformacións culturais son lentas e como se dunha *isa canaria* (baile tradicional da comunidade canaria) prodúcese dando “dous pasos adiante dous pasos atrás volta a redonda e volvemos empezar”, a picardía dos danzantes para avanzar na roda, está en que os pasos adiante son máis largos que os que dan cara atrás.

Como refire Giddens (2002), e xa sinalamos no capítulo terceiro, as formas culturais non cambian só por que existan posibilidades de cambio. Os homes presentan máis resistencia aos cambios por implicar perdas de cotas de poder.

Recordemos aquí a antropóloga Margaret Mead quen escribiu vai para sesenta anos unha frase que resume conceptos claves sobre a supremacía do home: “*fagan o que fagan os homes, aínda que sexa vestir bonecas para unha cerimonia, aparecerá sempre dotado de máis valor*” (Montesó Curto, 2011).

Non debemos perder o punto de mira do cambio cultural e social que sobre o xénero se está producindo asociado ao movemento feminista, así como as novas concepcións da familia. Isto implica que se están a producir cambios nos roles da muller como coidadora principal e son os homes os que asumen lentamente estes roles, tanto a nivel familiar como profesional.



Figura 154. A non discriminación de xénero no punto de mira

Fonte: El deporte como ciencia (aramissport.blogspot.com.es, 2015)

A xerarquía familiar xa non depende do pai, a quen lle viña a súa autoridade directamente de Deus, segundo Luís Otero (2004), esta transformación prodúcese, por unha parte, debido ao cambio de concepción dos diferentes roles e, por outra, debido ás novas concepcións da familia, que pasou de ser un ente que agrupaba a pais, fillos, avós e tíos a ser, na actualidade, unidades de pais e fillos ou incluso familias monoparentais.

Con todo, na sociedade actual séguense estimando o peso das calidades masculinas e femininas por riba das consideracións das persoas e mais da validez e eficacia das mesmas.

Propómonos analizar as repercusións e impacto do uso da imaxe da enfermeira-muller, tendo presentes os aspectos avaliábeis dende a categoría xénero e a súa proxección sobre a profesión enfermeira.

Dentro deste dominio, no presente traballo fixemos unha análise dos coidados de enfermaría como unha cuestión de xénero. A maioría dos usuarios consideran a enfermaría como unha tarefa de mulleres, no referente á parte doméstica dos coidados, na parte máis técnica si se considera cousa de homes. No seu discurso os profesionais relatan que a profesión enfermeira tanto pode ser desenvolvida por mulleres como por homes, que non hai unha diferenza. Con todo, na hora de desenvolver o labor cotiá observamos como os homes realizan tarefas máis técnicas ou de xestión, mentres as mulleres realizan máis as tarefas relacionadas cos coidados domésticos.

A paciencia, unha das calidades que se lle pide a enfermaría, sae case constantemente no discurso dos usuarios, en todo o traballo de campo é a característica máis repetida. Ademais considerase como característica feminina, o mesmo que a que teñen as nais cos seus fillos e excepcionalmente presente nos homes. Aos profesionais supónselles posuidores desta característica e máis doutras non menos importantes que de natural lle pertencen á muller. Non son menos

castrantes e femininas que as que nos deixou en herdanza Florence Nightingale, dende a súa perspectiva de muller vitoriana, refundidora da enfermaría como profesión no século XIX, entendendo que a profesión enfermeira era feminina, dependente do médico, negándose a que as súas enfermeiras prestaran servizo baixo a propia iniciativa. A imaxe que ela presenta dun hospital é comparable á do fogar, onde o home é o pai, a enfermeira a nai e os enfermos os fillos, enmarcados dentro da cosmovisión daquel momento. A enfermeira para Nightingale era a muller ideal, transplantada dende o fogar ao hospital e por suposto libre das obrigas reprodutoras, dado que os fillos xa os tiña dentro do lugar de traballo, no que debía de inserirse integramente. Eran coidadoras por natureza feminina, feito que non lles permitía exercer a profesión da medicina que era exclusivamente masculina.

Se ben é certo que Nightingale secularizou a profesión enfermeira concibíndoa independente das ordes relixiosas, adxudicoulle un marcado carácter feminino da época na que viviu que a día de hoxe arrastramos, dada a transcendencia da súa obra a nivel mundial.

A visión da muller como “chica para todo”, criada doméstica, proxéctase tamén no rol profesional, e curiosamente é a mesma muller a que ten asumido este rol e ela mesma quen o proxecta. Deste xeito, a enfermeira ten que facer o que lle manden, que para iso lle pagan, especialmente o que lle mande o médico. Así o entenden os usuarios.

Esta situación vese reforzada pola actitude do médico, quen afea en público condutas dos profesionais de enfermaría, ou os amonesta diante de propios e estraños ou tan só impondo o seu criterio sen outra razón de por que el pode facelo.

En varios relatos de usuarios encontramos expresións que así o refiren “o médico botoulles unha rifa ás enfermeiras” ou “chamou as rapazas e díxolles que o estaban facendo mal” e outras moitas expresións polo estilo, que xa quedan referidas no capítulo terceiro.

O home da casa (médico) segue o vello patrón de *pater familias*, el é quen manda e quere deixar clara a súa autoridade. Na sociedade patriarcal a muller ademais de submisa e obediente supónselle que é máis ignorante có home. Evidentemente, diante deste trato vexatorio e dadas as condicións de inferioridade algunhas das que estamos a sinalar, a muller ten que escoitar e calar por ser muller, debe ser submisa. Hoxe en día estas actitudes poden ser consideradas un *bullying* (maltrato ou acoso no traballo).

A pregunta que xurde é a seguinte: Se fose un home, a súa actitude sería a mesma? Comportaríase así diante del? A resposta está no capítulo terceiro e no capítulo cuarto nos relatos dos informantes. Non, se o persoal da enfermaría é un home a actitude do médico non sería agresiva, poida ser que fose a dar queixas

directamente á supervisora de enfermaría ou á dirección, pero seguramente non lle chamaría a atención directamente.

A enfermaría ten que ser intransixente diante destas actuacións, se algún membro do equipo ten que dicir algo da actuación do resto dos seus membros, debe ser de xeito interno, sen que os usuarios sexan partícipes destes actos vexatorios.

Se o traballo se realiza de xeito interdisciplinar e non so multidisciplinar, estas situacións non se darían, pois o equipo sabería e tería momentos para tratar estas cuestións. Volvemos encontrarnos aquí co modelo biomédico que non admite outras razóns máis cás súas.

A calidade de ser amable vai unido a de boa profesional, agradable e a vez resolutiva e rápida. Como dicíamos, a sensibilidade é unha calidade feminina que vai unida á boa profesionalidade.

Dentro do hospital, segundo os usuarios, os valores femininos fanse máis presentes seguramente pola vulnerabilidade que presenta o individuo, que ao igual cun neno pequeno depende total ou parcialmente doutro individuo, motivo este polo que as coidadoras ademais de ser mulleres e cunha formación técnica boa (supómoslles profesionalidade) debe ter unhas calidades femininas desenvolvidas:



Figura 155. Característica catalogada feminina: amabilidade

Fonte: Futura enfermera comunitaria (natcascant. blogspot.com, 2012)

agradables, amables, cariñosas, pacientes, humanas, mesmamente como si se tratase da nai que precisamos neses momentos á nosa beira, dándonos os coidados maternos da infancia.

Os aspectos biolóxicos, segundo José M. Álvarez-Castro (2015), hipoteticamente inflúen no comportamento diferenciado entre homes e mulleres (no que se refire a exercer os coidados, mesmo sobre a prole) mais isto non chegou a demostrarse despois dun século de investigacións fisiolóxicas.

Podemos observar tamén unha proxección do modelo de coidar popular no modelo profesional. Un claro exemplo disto é o xeito de nomear en feminino ás enfermeiras, atribuíndolles calidades semellantes ás citadas para as mulleres e a identificación de parte das tarefas das enfermeiras co coidado doméstico. De tal xeito que se os profesionais non posúisen as calidades femininas non estarían sendo bos enfermeiros/as.

No momento de definir a un bo profesional mestúranse calidades afectivas coa prestación de servizos dunha forma adecuada. Se as enfermeiras son amables, agradables, cariñosas, presupónselles boa profesionalidade. Se o carácter da enfermeira non resulta agradable, xa é una tacha que se lle pon a súa profesionalidade e se liga con que non realiza as técnicas dun xeito versado. As calidades que se lle supoñen á enfermeira polo feito de ser muller non parecen darse no home.

As diferenzas que fan os usuarios entre homes e mulleres enfermeiros/as son evidentes. Na muller prima a sensibilidade, amabilidade, atenta. Se estamos a falar dun home coidador, neste caso enfermeiro, xorden as comparacións co médico, neste caso explícitas: é moi listo, parece médico. Tamén ten outras atribucións que non se lle piden a un home por consideralas máis propias do xénero feminino: próximo ou cariñoso.

No pensamento popular as tarefas que realiza unha enfermeira, especialmente os coidados básicos, son moi similares aos coidados domésticos. Estes coidados básicos son a nutrición, hidratación, vestido, escoita, comprensión, acompañamento. O que non se ve dende a perspectiva popular é que o profesional de enfermaría posúe coñecementos especializados sobre estes temas, de xeito que eses coidados van ter unha calidade diferente, aínda que sexa mesmo no acompañamento ao usuario. Tamén podemos observar que quen realiza estes coidados no ámbito popular, xeralmente, é a muller.

A muller é a que acompaña e está presente co enfermo cando o enfermo acude a unha consulta. No contexto cotiá o coidado atribúese de xeito predominante á muller, especificamente é a figura da muller nai.

Como acabamos de expor e segundo a visión popular, realizar coidados básicos e ser unha profesión maioritariamente feminina son factores que actúan como elementos que restan importancia á profesión da enfermaría. Do mesmo xeito que socialmente se subestima o traballo das mulleres no ámbito doméstico, tamén así se resta importancia ao traballo enfermeiro. As mulleres como enfermeiras semella que só realizan tarefas elementais, como as que corresponden o seu papel como nais e como esposas.

No seu discurso os e as profesionais refiren de xeito contundente que no traballo non hai discriminación de xénero. Con todo, algúns informantes homes aluden a un

trato diferenciado cara eles, inclusive algún considera ser un privilexiado no trato que recibe por parte dos profesionais doutras disciplinas e polas propias compañeiras, polo feito de ser o único home do servizo. Algúns profesionais sinalan que este trato e diferenciado debido ao carácter persoal aberto que posúe o home.

Algúns informantes incluso sinalan que o trato diferente que eles recibiron comezou na universidade. Ao ser poucos, eles eran identificados polo nome propio rapidamente, mentres que se tardaba moito máis en memorizar o das compañeiras. Xa o sinalamos en varios discursos no capítulo cuarto. Nosoutros como xa deixamos dito si observamos na praxe un trato de discriminación positiva cara ao home e unha discriminación negativa no caso da muller.

Os profesionais tamén aceptan que, a pesares de ser menor o número de homes que de mulleres, sexan estes os que ocupen postos de dirección. Como se fose natural que o home ocupe un chanzo superior ao da muller. Subxace a idea culturalmente aceptada que o home ocupa postos superiores no tocante a recoñecemento social. Se a que ocupa o chanzo superior é unha muller é aceptado, pero con reticencias, e ademais presupóndolle a esta ter empregado as súas “artes de muller” para engaiolar a alguén que a colocou nese posto.

Ben é certo que a maioría das mulleres non se afanan por destacar no seu traballo como posibles candidatas a ocupar postos superiores. No caso dos homes dáse o caso de que si acostuman a postularse para estes postos con maior facilidade.

Sinalan tamén os e as informantes, que entre o xénero feminino está sempre presente unha competitividade que non se produce cando a outra figura é a dun home, polo que, segundo expresan, dáse certo grao de respecto.

Tamén fan notar os/as profesionais a preferencia de determinados usuarios en ser coidados por unha muller, se se trata de coidados domésticos, non así se se trata de coidados técnicos, pois consideran máis aptos aos homes para estes, polas capacidades que lles atribúen un valor masculino: coñecemento, destreza no manexo de “aparataxe”, axilidade na toma de decisións; no caso da muller aquelas que xa coñecemos como femininas: dozura, amabilidade, coidados domésticos do aseo ou a alimentación.

Nalgún momento os/as informantes profesionais consideran que esa visión androcéntrica que os favorece tamén pode prexudicalos. Ao home presupónselle máis agresivo, máis bruto polo seu aspecto, á muller máis próxima, máis delicada; ao home ténselle máis respecto, a muller posúe máis sensibilidade e capacidade de escoita.

A pesar de que a disertación dos profesionais estudados pretende ser correcta á vez que coherente, no referente ao xénero e a igualdade, a pouco que se observe o

seu discurso, e sen necesidade de afondar na análise, observamos a prevalencia do androcentrismo.

Din os informantes que o feito de que os seus superiores sexan mulleres non parece supor ningún problema; no caso de que estean nun escalafón inferior, o trato si cambia. Podemos ver como os alumnos/as (que ocupan o escalafón máis baixo), se son do xénero masculino teñen mellor consideración, reciben un trato diferente e polo tanto non igualitario, producíndose unha discriminación tanto no medio puramente universitario como no hospitalario.



En definitiva, no tocante á calidade dos coidados que se dá aos usuarios non resulta relevante por quen sexan impartidos, atendendo ao seu xénero. Outra cousa son as percepcións implícitas culturalmente. Este punto queda ben aclarado no discurso dos informantes profesionais.

Figura 156. As diferenzas no xénero non indican distintos valores

Fonte: pinterest.com (google.com, 2012)

Algunhas informantes sinalan unha serie de calidades, atribuídas culturalmente ao xénero feminino, que elas consideran deben ter os profesionais, e que ás veces as posúen incluso máis desenvolvidas os homes cás mulleres. Trátase dunha cuestión de características e capacidades individualizadas das persoas. Os estereotipos atribuídos a un xénero poden estar presentes no outro, dependendo das persoas. Estes estereotipos son creacións culturais que non atenden á realidade anímica das persoas. Consideran menos relevante a cuestión do xénero de quen imparte os coidados.

O cambio da visión da enfermmería ten que ser un cambio social, non cuantitativo e no que se refire a profesionais. Resulta importante ter presente, como sinalamos no capítulo catro (Mazarrasa, 1999, pp. 34-36), que o cambio de xénero dunha profesión prodúcese en base a factores culturais e, segundo as súas regras, non pola cantidade ou xénero dos individuos que a conformen nun momento dado.

O feito de que a enfermaría sexa feminina supuxo que o poder androcéntrico a relegase, xa antes de nacer como profesión, a un segundo plano. Así nolo explican diferentes autores, e así o senten os profesionais.

Historicamente a muller que dispensaba os coidados non se dedicaba exclusivamente aos coidados, estes, acompañábanse cun saber curar. A sabedoría das mulleres que desenvolvían este campo era apreciada e recoñecida. As mulleres forxaron o seu saber por contacto dunhas con outras, de xeración en xeración, de

avoas a nais, de veciña a veciña, pero as prácticas curativas, elaboradas e transmitidas por mulleres ao longo dos séculos, víronse obrigadas pola igrexa a reducirse progresivamente ao silencio, segundo Francoise Collière (1993). Ese saber de mulleres viuse truncado e pasou a un lugar secundario para lexitimar só o coñecemento médico, centrado fundamentalmente no curar. Así o desenvolvemento profesional da enfermaría quedou baixo a tutela do colectivo médico, pasando por unha serie de etapas nas que se tecen relacións de poder/saber. (Villela, Guil, & Lara, Género, poder /saber: unsa cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería, 2010)

Para que o cambio se produza ten que efectuarse a nivel cultural e iso, como dixemos máis arriba, leva o seu tempo. Parece que polo menos a nivel de discurso algo se move; con todo, os cambios na praxe aínda son escasos. Se os profesionais da enfermaría queren conseguir que a profesión deixe de ser feminina, deberían loitar pola defensa da muller, pois o cambio non se vai producir só dentro da profesión, ten que ser un cambio de mentalidade a nivel comunitario.

6.3. A xerarquía nos coidados

O modelo xerárquico inflúe nos coidados de enfermaría máis do que nós esperabamos antes de comezar esta investigación.

En primeiro lugar debemos ter presente que o modelo dominante no sistema sanitario occidental neste momento é un modelo biomédico e presenta unha forma piramidal. No vértice superior encóntrase o médico, debaixo a enfermeira seguida pola auxiliar da enfermaría, técnicos, persoal de servizos xerais (PSX), celadores e limpadoras. Os usuarios son a base do sistema sen que este conte en absoluto con eles.

Na última década comezan a incluírse nesa pirámide debaixo do médico e as súas diferentes especialidades outras disciplinas sociosanitarias, compartindo banzo coa enfermaría. Este modelo funciona de forma vertical no que se refire a xerarquía, debido supostamente aos coñecementos biomédicos que posúe cada estamento, ou así o cren os usuarios e así o fan crer os interesados en que este modelo obsoleto continúe vixente (Ver no capítulo terceiro o gráfico 4. Estrutura xerárquica no sistema biomédico).



Figura 157. Sistema piramidal no sistema nacional de saúde.

Fonte: (Navarraconfidencial, 2011)

A OMS na súa Axenda de Desenvolvemento Sostible 2030, de cara a mellorar a saúde e o benestar de toda a poboación, sinala, segundo Alina Souza, asesora internacional do CGEE (Consello Xeral de Enfermaría de España),

“as directrices sinalan a importancia da formación, da colaboración e do traballo participativo con outras profesións sanitarias”. Nos principios que deben guiar a implementación destas directrices en catro áreas temáticas inclúense accións éticas para a planificación dos servizos de enfermaría baseados na equidade, a integridade, a xustiza e o respecto aos dereitos humanos. Servizos que deben basearse nas necesidades de saúde da poboación, adaptables e flexibles, nos que se fomente a colaboración interdisciplinar, con estándares que promovan unha formación de calidade e unha practica asistencial accesible e segura. (Romero, 2016).

O modelo ideal (sinalado pola OMS) sería un modelo interdisciplinar, no que se sitúa ao usuario no centro e arredor os profesionais, de tal forma que traballen de xeito interdisciplinar para restablecer, mellorar e manter a saúde do individuo e o seu entorno. O obxectivo é a busca dun tratamento holístico axeitado para o usuario. As intervencións realizaranse tendo como actor ou actores principais a cada unidade individualmente, sexa: individuo, familia ou comunidade, sobre quen recaeran as actuacións das diferentes disciplinas realizándoas dun xeito conxunto, e personalizadas (Ver capítulo 4 figura 37. Modelo interdisciplinar)



Figura 158. Modelo de equipo interdisciplinar.

Fonte: Dirigiendo Pymes (Julio, 2015)

En xeral dende o prisma dos usuarios a enfermeira/o é o auxiliar ou asistente do médico; en resumo, o seu axudante, o persoal que realiza aquilo que o médico lle manda, sen ter coñecementos nin autonomía propia sobre as súas actividades. Popularmente non se concibe que a enfermeira teña unhas funcións propias, que pode desenvolver sen a supervisión do médico. No mellor dos casos, suponse que a enfermaría realiza aquilo que o médico non pode por falta de tempo ou por ser traballos “menores” que el encomenda aos profesionais de enfermaría.

Que unha enfermeira traballe cun médico, no entender popular, significa “ser enfermeira do doutor Fulano” como se dunha propiedade se tratase, é un vínculo co médico, que leva consigo traballar ás súas ordes. A enfermeira é a que lle axuda no traballo, a que realiza tarefas domésticas e outras que o médico lle delegue, atendendo aos usuarios que el envíe co gallo de axudarlle. Popularmente este é o rol profesional que se fai visible. A día de hoxe algúns profesionais, continúan asumindo esta visión e tarefas. Cada vez resulta menos frecuente escoitar “son a enfermeira do doutor Mengano” (esta situación dáse tanto con enfermeiras como con enfermeiros, aínda que entre estes últimos menos) polo que esta visión non desexable para a enfermaría aínda non pertence a tempos pretéritos.

A xerarquía, tal como a entenden os profesionais da enfermaría na actualidade, ven marcada historicamente dende a época de Florence Nightingale, ate a formación que se deu na década dos oitenta aos profesionais e que aínda a día de hoxe ten as súas reminiscencias. Débese ter presente que os profesionais formados dende 1970 a maioría continúan exercendo a súa actividade profesional no momento actual. A maioría dos centros de formación da profesión enfermeira estaban dentro dun hospital ou dependían del totalmente. Os formadores eran os médicos do centro

sanitario, que instruían aos profesionais da enfermaría como axudantes, impartíndolles os coñecementos que consideraban debían ter para realizar estas funcións, auxiliares, das que os médicos se consideraban os últimos responsables. As enfermeiras/os tiñan que ser os brazos e os ollos do médico, chegar onde el non chegaba, estar cando el non estaba, executar ordes recibidas de palabra, incluso telefónicas; esta situación continuou nas seguintes décadas e aínda continúa a día de hoxe, con moitas especialidades médicas que non realizan gardas de presenza física dentro do recinto hospitalario.

Estas circunstancias marcaron aos profesionais de enfermaría, que actuaron e actúan como “minimédicos” (sen responsabilidades aparentes) en lugar de actualizarse e centrar o seu traballo nos coidados do usuario. Mentres esta imaxe dos profesionais de enfermaría non desapareza do se propio pensamento tampouco vai desaparecer do imaxinario popular.

Non podemos deixar de sinalar que algúns usuarios cos que traballamos durante este estudo demandan unha atención personalizada, cun modelo autónomo de enfermaría, á que ven con elevada carga de traballo. Noutra orde tamén manifestan que, os profesionais ademais de ser submisos, parecen ter escasos coñecementos, observan que non toman ou non lles deixan tomar decisións nin tampouco se lles ve con iniciativas propias. As/os enfermeiras/os só saben realizar determinadas técnicas e pasarlle os resultados ao médico, que é o que ten os coñecementos para interpretalos.

Outros usuarios, dos que xa falamos no seu momento, din percibir que os profesionais de enfermaría están sufrindo un cambio, sen saber concretalo. Non teñen claros os motivos, non saben as razóns. Eles observan que non é a enfermeira dunhas décadas atrás, estes profesionais parece que teñen máis coñecementos, falan co médico máis de igual a igual, non se observa tanto ascendente sobre eles, aínda que a última palabra continúa téndoa o médico. A enfermaría deberá asumir a súa autonomía e ser a encargada de explicarllelo aos seus usuarios. Pasará unha década polo menos en que popularmente sexa asumida esta circunstancia, no caso de que a enfermaría xoguen ben o papel.

O traballo da enfermaría, seguramente por ser feminina a profesión, resulta invisible aos ollos dos usuarios, xa o analizamos no punto que facemos referencia ao xénero. Só se ven as “ordes médicas” (que continúan figurando como tales nos modernos programas informáticos) que o médico manda tomar tal ou cal remedio ou que se faga a dieta de determinado xeito. As enfermeiras son as que cumpren estas ordes. É a imaxe da sociedade andróxena na que o home da casa dá ordes á muller, que as cumpre con submisión. O traballo realizado pola muller, polo feito de ser ela a man executora, resulta invisible socialmente, circunstancia esta que fai superior xerarquicamente ao home polo feito de ser home.

Tomamos conciencia durante as observacións realizadas neste traballo de cómo a transmisión de datos ou de peticións de médico a enfermaría, son interpretadas como ordes xerárquicas, que a maioría das veces non o son; a conclusión coa que se queda o usuario é que a persoa que dá ordes é xerarquicamente superior.

Na AP, algúns usuarios refírense ao persoal de enfermmería como se fose un delegado, un traballador que recibe e fai o que lle manda o médico, nin tan sequera se cita para a enfermeira/o; é o médico o que directamente o envía xunto da enfermaría. A enfermaría continúa a traballar a demanda, en máis dun 50% dos casos esta demanda procede dos usuarios e dos médicos.

Tamén é importante o tratamento de respecto do usuario. Obsérvase como a enfermeira/o é DM, en cambio o médico é don ST, o que tamén implica unha cuestión xerárquica. O don empregase (neste caso) para as persoas de maior xerarquía. Este tratamento estase perdendo tamén cando se trata dunha muller médica, desaparecendo en moitas ocasións o tratamento de dona RF. Estas circunstancias que poden parecer corporativistas ou moi formais, denotan a existencia dun cambio que se está producindo, sen que entremos aquí a valorar se resulta positivo ou negativo.

Como sinalaron algúns informantes, as enfermeiras teñen coñecementos, e aínda que non son comparables cós do médico, algunhas veces poderían tomar decisións sen consultalo. Esta observación fai notar un descoñecemento da formación e máis das funcións da enfermaría por parte dos usuarios. Se nos preguntamos cal é a causa última deste descoñecemento, encontramos directamente aos profesionais como responsables. Temos que seguir preguntándonos a qué se debe esta circunstancia, e remontarnos á formación que se está a impartir nas propias Facultades e Escolas de Enfermería, así como nas diferentes actitudes dos profesionais. A pesares de existir en primeiro de Grao dúas materias dedicadas aos fundamentos da profesión, os alumnos non reciben unha formación axeitada respecto a cales son os paradigmas da enfermaría e os modelos actuais a desenvolver na praxe cotiá.

Os profesionais e os alumnos deberían reciclarse e recibir formación sobre cal é o obxectivo e os novos paradigmas profesionais, para aplicalos no seu traballo e así poder transmitir aos usuarios a imaxe dunha profesión autónoma e que non está baixo da xerarquía doutras disciplinas sanitarias. Esta sería unha fórmula para romper a roda e non perpetuar a imaxe da enfermaría como subalterno no modelo sanitario, sen presentar alternativas. Con todo, dáselle prioridade á formación nas técnicas.



Unha das claves por tanto está na formación pregrao nas Universidades, onde se deben revisar os contidos curriculares e adaptalos cara unha enfermaría autónoma, aplicando os paradigmas nos que se asuman as responsabilidades sobre o coidado dos usuarios. No que respecta a formación de postgrao, as organizacións colexiais e as

Figura 159. Descubrindo os paradigmas.

Fonte: (sfadaideilor.fumn.eu, 2015)

institucións sanitarias deben asumir esta responsabilidade e incentivar aos profesionais a que se formen non só nas técnicas, para que estas non queden baleiras (podendo ser realizadas por calquera traballador) deben acompañarse do contido da filosofía dos paradigmas actuais da propia profesión, redundando nunha mellor atención ao usuario.

No que respecta á relación entre a xerarquía e a formación temos que recordar que no último concurso de traslados internos de profesionais de enfermaría, como xa sinalamos en capítulos anteriores, a única puntuación que se tivo en conta foi a dos anos de servizos prestados e o coñecemento do idioma galego. Non se valoraron por parte da administración os cursos de formación de postgrao, publicacións ou investigacións. Esta circunstancia demostra que non hai realmente un interese por parte da xerarquía orgánica en que o profesional se forme (un dos poucos incentivos que se podería ofrecer). A administración tampouco asume os custes, desta formación, debendo o traballador empregar o seu diñeiro e as horas reservadas ao seu descanso e mais a súa familia para levar a cabo a mellora do seu currículo profesional. Deste xeito a percepción dos profesionais de enfermaría é que a súa capacitación específica é considerada pouco relevante por parte das administracións, o que os fai chegar á crenza de que a súa formación non é importante, pola contra ao médico si se incentiva. Reforza esta situación a idea de que os profesionais de enfermaría se encontran nunha categoría inferior, o que indirectamente os leva a que non se sintan motivados a realizar formación continuada, considerando que esta só é importante para o médico, quen no traballo cotiá vai ser o que ten a última palabra e o que indique que actividades debe realizar a enfermaría cos diferentes usuarios e como debe facelas. Se o profesional de enfermaría está formado na realización de curas de úlceras, por por un exemplo, e pon o seu empeño en que estas evolucionen ben,

resulta desalentador cando o usuario vai ao médico, especialista ou non, e se atribúe todo o mérito da boa evolución ou cambia o tratamento dunha lesión que el ve cada dous meses, deixando en entre dito en moitas ocasións a opinión dos profesionais enfermeiros que as realizan de cote. Non é difícil entender que os profesionais de enfermaría chegado un momento, consideren que os seus superiores xerarquicamente non son os enfermeiros, son os médicos.

Vemos como se engarza o capítulo anterior con este da xerarquía, pois o xénero tamén inflúe na xerarquía. A relación xerárquica de superioridade maniféstase dun xeito máis rotundo se é unha muller a enfermeira, se o enfermeiro é un home a situación cambia; os valores que lle presupoñen os usuarios xa son outros: é intelixente, *“ten coñecementos”*, *“sabe tanto como un médico”*, non é ignorante ou xa non lle ten que deletrear o médico o nome dos medicamentos.

A enfermaría por ser “subalterna” ten un carácter instrumental para o médico: é utilizada para executar as coñecidas “ordes médicas”, o que pode levar a pensar que o papel da enfermaría sexa dependente do médico, de aí parte da frecuente referencia á relación xerárquica. Dáse por tanto sen lugar a dúbidas unha relación de dependencia xerárquica piramidal, arriba está o médico, a enfermeira debaixo, reforzando a imaxe da cultura occidental de sometemento arriba e abaixo.

O acordo ou asentimento do médico respecto a como realizan o seu traballo os enfermeiros/as lexítima o traballo da enfermaría, de non ser así a enfermeira queda relegada. Máis arriba sinalabamos como os usuarios referían que acoden á enfermeira derivados dende o médico, non sempre se dá unha captación directa dos usuarios. *“... a xunto da enfermeira, se non me manda o médico a qué vou ir? E para qué?”* Obsérvase neste discurso como a profesión enfermeira aínda non fixo os deberes respecto á visibilidade do seu traballo.

Cal é o motivo de que a enfermaría non empregue os programas de captación de usuarios, formación de usuarios crónicos e familiares, a pesar de que as direccións de enfermaría os poñan entre os seus obxectivos? Haberá que coñecer cales son estas razóns e formar aos profesionais na necesidade e beneficios para a profesión que isto leva consigo. Seguramente que o motivo de que estes programas non se realicen, está fundamentado e ten os seus porqués, o que os xestores de enfermaría deberían coñecer e tratar de solucionar.

Tamén se puido recoller na observación participante, como cando algún paciente ou a súa familia non están de acordo coas prácticas ou o que di unha enfermeira, empregan ao médico como arma amedrentadora: *“Voullo dicir o doutor MU”*, claro exemplo de como os usuarios ven a superioridade do médico na escala xerárquica.

Na practica cotiá e no que respecta a relación médico-enfermeira, observamos como o médico ocupa unha posición de superioridade, cando este lle rifa aos

enfermeiros/as, ademais de posuír o control do servizo da unidade, séntese en posición de asumir a autoridade para corrixir e ou reprender.



Figura 160. Xefe de servizo, de sección, adxuntos e profesionais de enfermaría.

Fonte: (hkgalden, 1014)

Outra cuestión que enlaza coa xerarquía é a visibilidade, da que os profesionais da enfermaría non son conscientes. Esta circunstancia chamou a nosa atención na recollida de datos cando fixemos as entrevistas aos usuarios enfermos ou acompañantes; así mesmo puidemos constatalo na observación de campo. Esta necesidade dos usuarios aparece de forma recorrente; os usuarios non diferencian ao persoal que lles presta os seus coidados dentro do hospital, entran e saen do seu cuarto persoal vestido de branco ou doutras cores, pero non saben se son da limpeza, da cociña, enfermeiras ou outra categoría. Ás veces dinlles, voulle facer tal ou cal cousa, pero non saben que categoría ou titulación ten a persoa que está a facerllo. Non ocorre o mesmo co médico, porque el, si fai patente o seu protagonismo e a súa categoría en calquera servizo do hospital e en tódalas súas actuacións (incluso cando os usuarios non diferencian ao persoal, ao médico si o diferencian) simplemente di: *“Son o doutor RGC e son o que o vai a atender, ou o que lle vai facer esta proba, ou o que ...”*

Existe unha solución ben doada para esta demanda dos usuarios que ademais axudaría a nunha maior visibilidade enfermeira. Cando o profesional de enfermaría entre por primeira vez en cada quenda no cuarto do usuario, dirá (para que o escoiten

os enfermos e acompañantes) *“Bo día (nome do usuario) son XQV a súa enfermeira/o nesta quenda, Como se encontra hoxe? Precisa algo? Se precisa algo ou ten calquera dúbida ou problema, chámeme?”* Esta simple fórmula vale máis que unha pílula por varias razóns: Primeira, o usuario e os seus acompañantes teñen conciencia de que detrás da porta do seu cuarto hai alguén que o vai atender, que lle interesa como se encontra e que é responsable dos seus coidados; segunda, tamén é importante que a enfermeira chame polo seu nome ao usuario, con esta actuación estamos atallando un problema que sinalamos noutro apartado, o da despersonalización dos usuarios. Isto xera no usuario certa tranquilidade e diminúe a súa tensión, polo que vai ser menos demandante. Por outra banda, a presenza do persoal de enfermmería neste caso faise visible, moito máis que as tarxetas identificadoras ou as letras ou cores que se empregan nos uniformes, que están ben, pero como podemos constatar, non abundan.

Este mesmo procedemento sería de aplicación para a supervisora de enfermmería de cada servizo, utilizando fórmulas de presentación como a que pomos de exemplo de seguido e que estamos ben seguros é máis pobre do que se lles poida ocorrer as/os profesionais, *“Bo día (nome do usuario) son MST a supervisora desta unidade, a responsable de cómo se lle dan os seus coidados, se vostede ten calquera problema ou dúbida que as miñas compañeiras/os non lle poidan resolver, pode vostede chamarme a través de ... (como a pode chamar), sempre que o necesite. Eu estou na quenda de ... pero saiba que as 24 horas hai no hospital unha supervisora de enfermmería para atendelo”*.

Desta forma sinxela ao usuario quedalle patente a existencia dunha xerarquía na enfermmería, a percepción dos usuarios vai ser moi positiva respecto ao persoal de enfermmería, xa non poderán dicir que non saben quen é o persoal que o atende e “verá” aos enfermeiros/as e aos seus superiores, co que xa non terá que supoñelos.

No actual modelo sanitario, o médico, como nos di Martínez Hernández, e xa vimos máis arriba, representa a figura paterna. A enfermeira a figura materna e o usuario, simbolicamente, ven a ser a figura infantil. Este último termo ven explicado por Parsons e Fox cando din *“a enfermidade é un tipo de desviación da condición normal que supón dependencia con respecto a outros actores, incluso unha primacía de elementos motivacionais regresivos que sitúan ao afectado nunha posición infantil”*. (Parsons & Fox, 1952)

Nas entrevistas aparecen en varias ocasións referencias ao autoritarismo dos médicos, o usuario séntese como un ser pasivo (así o reflicte o termo máis utilizado para referirse a el: paciente), e debe facer o que lle din outros, que desenvolven un papel de superioridade xerárquica nesta relación, incluso na distribución do tempo se o médico quere tomar café toca esperar (así o relataron algúns informantes).

A alternativa ao Modelo Biomédico, empregando o Modelo Interdisciplinar do que xa falamos neste mesmo capítulo, solucionaría estas cuestións relacionadas tamén coa xerarquía e que repercuten na atención aos usuarios e na profesión enfermeira.

Outro aspecto a ter presente, na relación xerárquica, é que a enfermaría ocupa un lugar intermedio neste modelo piramidal, entre a cúspide (médico) e a base (usuarios). Esta situación fai que a enfermaría ocupe un espazo que pode utilizar como privilexiado, pois actúa como ponte, intermediaria ou mediadora entre o chanzo superior e o inferior. Os usuarios deste xeito acoden á enfermaría para que esta interprete a linguaxe dos médicos, as indicacións, prescricións ou diagnósticos. As razóns en moitas ocasións son a inaccesibilidade do médico. O sentimento por parte dos usuarios é que a enfermeira/o forma parte do seu grupo, pola súa linguaxe sinxela así como a súa proximidade. Por este motivo, os usuarios reclaman este papel de mediador á enfermaría e en moitas ocasións o médico ve con bos ollos esta situación, que utiliza para manterse no seu lugar, namentres as/os enfermeiras/os facilitan e fan fluída a relación entre a cima e a base da pirámide, facendo que os dous extremos se manteñan no seu status.

Se ben é certo que a primeira vista a enfermaría sae reforzada nesta situación, por estar o lado da base e poder servila, non é tanto así se se analiza en profundidade, dado que os usuarios tamén ven a enfermaría como parte do poder superior ao que están sometidos. O usuario está sometido por todos e todos mandan nel sen que este teña voz, a pesares das fórmulas legais que se empregan neste momento de consentimentos informados, entre outras, que os usuarios asinan sen ler. A enfermaría deste xeito convértese en alienadora do usuario vulnerable e colaboradora da xerarquía superior.



Figura 161. O elo entre o médico e o usuario é a enfermaría.

Fonte: Gedesco (Gedesco, 2014)

Evidentemente esta situación, de asumir o labor dun intermediario a longo prazo non favorece á enfermaría nin a súa imaxe; así é como ven e tratan moitos usuarios aos profesionais de enfermaría, percibindo que se lles arrebatan os seus dereitos básicos como persoas, anulando a súa capacidade de decisión que queda reservada

“aos que saben” ou posúen a información (queda o usuario desprotexido, nas mans de terceiros, á mercé de decisións dun outro alleo a el). Perde a súa liberdade, a súa autonomía. O usuario convértese nun individuo dependente, pasivo, vulnerable a calquera agresión, que debe obedecer sen “rechistar”.

Consideramos que a enfermaría debe romper este esquema e non prestarse a estas situacións, que máis que axudar prexudican aos usuarios e á propia enfermaría. Non ten porqué precisarse un intermediario entre o médico e máis o usuario, a enfermaría nin ten esa función nin debe aceptala. Os profesionais da enfermaría deben ser axentes activos na procura dun sistema que asuma a restauración e dignificación plena do usuario e os seus dereitos como individuo e como persoa que utiliza o sistema sanitario.

Directamente relacionado coa xerarquía está a asunción de responsabilidades dos profesionais da enfermaría. Os usuarios perciben a falta de responsabilidade en situacións que se dan cando por exemplo un usuario lle pregunta algo á enfermeira/o sobre as prácticas que lle está realizando e lle responde “... *pregúnteselo al médico, ... es cosa del médico, ... así lo mando el médico*”. Este tipo de respostas están desautorizando ao profesional, tanto xerarquicamente (pola súa submisión) como profesionalmente, dando a entender á vez a súa ignorancia e a pouca profesionalidade e autonomía. É como *dicir: “eu que sei, eu fago o que me mandan, os que saben son outros non eu”*. Esta actitude aumentará a invisibilidade profesional, pois na seguinte ocasión o usuario xa non lle preguntará a enfermaría. Algunhas destas contestacións danse porque o profesional realmente ignora o que está facendo, porque se limita a cumprir ordes, o que non libera ao profesional enfermeiro da súa responsabilidade tanto moral como xurídica. Noutras ocasións actúa así por comodidade ou por sacarse de enriba o “marrón” de dar explicacións. Esta última razón é a máis frecuente e tamén haberá que estudar cal é a causa, se por falta de coñecementos ou por medo a que veña o médico detrás e desautorice as súas explicacións e actuacións (algo moi frecuente, non só entre médico e enfermeira, tamén dentro do mesmo chanzo xerárquico enfermeira-enfermeira).

O que debemos ter claro é que os profesionais da enfermaría non deben eludir as explicacións e estas deben ser para reforzar a confianza do usuario, non para que a perda.

Para os profesionais de enfermaría a dependencia xerárquica do médico é unha das cuestións máis complexa que aparece no seu discurso e que resulta moi difícil de solucionar. Esta influencia comeza na súa formación, como vimos anteriormente.

Ao tratar este tema no capítulo catro observamos como no discurso os profesionais falan de que a enfermaría é unha profesión autónoma, pero na praxe senten un lastre, algo que os ata, que no saben definir moi ben e lles impide soltarse e

facen real esa autonomía, pata que non quede relegada só ao papel. Os profesionais van atribuír esta situación a causas externas á propia enfermmería. Refíren unha presión social que ven por parte do modelo biomédico, no que a enfermmería é considerada unha profesión axudante da medicina, situación que influencia a visión dos usuarios e dos propios enfermeiros/as sobre si mesmos. Esta perspectiva da profesión enfermeira fai que as/os enfermeiras/os actúen como se fosen recursos humanos e non como capital humano, considerando que poden facer máis actividades das que realizan, porén todo se reduce a catro técnicas de rutina, sen saír delas.

Por outra banda, o médico é considerado polos profesionais de enfermmería como o seu inmediato superior, o que leva a facer patente un certo temor ao que diga ou pense, así como as represalias que se poidan recibir. As enfermeiras/os senten á vez desamparo, pois non teñen confianza en que as súas compañeiras/os vaian prestarlles apoio no caso en que se dese un conflito, debido á falta de corporativismo, algo que admiran dos profesionais da disciplina médica.

A visión do médico sobre a enfermmería queda reflectida no discurso do informante médico, que se recolle no capítulo catro ao falar da xerarquía. O seu discurso cadra coas actuacións observadas no campo de traballo. Este informante fai notar a importancia do labor enfermeiro a un nivel multidisciplinar, pero non como iguais senón como auxiliares eficientes, que facilitan o traballo do médico que se ve axilizado grazas ao labor da enfermmería. Consideramos que o traballo en beneficio do usuario si ten que ser en equipo, pero este debe ser interdisciplinar, entre iguais.

A primeira pola esquerda é M^a Dolores Garmendia (Loli) que foi a primeira



Enfermeira Xefe Do Ambulatorio do Instituto Nacional de Previsión de Lugo, no ano 1956 despois da súa marcha a súa sucesora no cargo da xefatura recaería en M^a Teresa González Regueiro, na década dos 70 este cargo sería ocupado por Josefina Rodríguez e a última no cargo sería M^a Carmen Castelao Muiña, con ela desaparece esta xefatura e créase a primeira dirección de enfermmería de Atención Primaria. Estes cargos sempre estiveron sometidos ao político gobernante, que era quen os nomeaba, directa ou indirectamente. As funcións das enfermeiras durante estas décadas consisten en asistir aos médicos nas súas consultas, a dos

Figura 162. Irmáns Garmendía. (1956)

Fonte: Foto cedida por M^a Teresa González Regueiro

practicantes administrar medicación e realizar curas na súa propia consulta. Unha vez analizados os discursos e as actuacións dos profesionais de enfermaría que se verteron no capítulo catro,

achamos unha serie de coincidencias da situación que viven os profesionais de enfermaría, de forma máis acusada na AE que na AP, con aquelas persoas que sufriron un secuestro e que se coñece co nome de *síndrome de Estocolmo*. De seguido imos analizar as diferentes situacións que se dan neste síndrome.

Puidemos observar como os profesionais da enfermaría desenvolven o *síndrome da indefensión aprendida*. Os profesionais sentíronse ou séntense, nalgún momento do seu desenvolvemento profesional, agredidos verbalmente polo médico, o que xera unha baixa autoestima na enfermaría. Esta situación ven reforzada pola súa incapacidade por rematar con esta situación, deste xeito os profesionais da enfermaría asumen unha actitude pasiva, coa finalidade de evitar as agresións. Reside aquí unha clave da baixa autoestima percibida por eles.

Ao igual que nas agresións de xénero, estas situacións son percibidas como algo natural e permítasenos dicilo normal, dándose tódolos signos e síntomas, así como as actitudes que se dan no caso do maltrato de homes a mulleres, aplicados ao ámbito laboral en lugar do doméstico.

Os profesionais de enfermaría están convencidos de que a solución ás situacións relatadas de agresión é algo alleo a eles. Esta *perda de control* reforza a súa pasividade, esperando as directrices de terceiras persoas. Por parte dos seus superiores xerarquicos, estas directrices, no caso de chegar, fano dun xeito moi confuso, débil ou incluso reforzando a postura do agresor, debido a que a xerarquía enfermeira tamén se encontra na mesma situación que a enfermaría de base, sen capacidade de cambio. Observamos así a indefensión aprendida.



Os resultados son unha *baixa resposta conductual*: os profesionais deciden non buscar máis estratexias, evitando desta forma as agresións polo que, a súa resposta ante os estímulos agresivos vai ser pasiva, coa finalidade de que a súa aparente indiferenza lles permita “seguir vivindo” autoinculpándose. Dáse nos profesionais un inmovilismo patente.

Figura 163. Síndrome da indefensión aprendida.

Fonte:EBE (Anticapitalistes.net, 2015)

Outra das características que se da no *Síndrome da indefensión aprendida*, é a *identificación co agresor*. A enfermaría ten medo ás represalias e considerase merecedora das agresións. Isto ven dado por ser unha profesión feminina, dadas as circunstancias culturais que xa analizamos da sociedade andróxena na que estamos inmersos.

Así as cousas, a enfermaría xustifica, mesmo, incluso defende ao agresor diante das críticas externas que a conduta deste poida recibir. Aquí atopamos a razón pola que as enfermeiras/os nun caso puntual de conflito entre profesionais da disciplina médica e da enfermeira, esta últimas quedan soas sen o respaldo das súas propias compañeiras.

Tamén se deixa ver no discurso dalgunhas informantes no capítulo catro un maltrato horizontal entre iguais, sen que teña que ver nada o xénero, xa que se produce polo xeral entre enfermeiras defendendo ao agresor e non á compañeira nuns casos ou ben cunha agresión directamente cara á compañeira, involucrando ao resto do persoal do servizo, como o médico por supórselle a este a autoridade. Na observación participante puidemos recoller varios casos deste tipo de agresións que non relatamos por non facer máis extenso o capítulo abondando no que xa está descrito.

A continuidade e recorrencia das agresións é o paso constante da violencia ao afecto, reforza as relacións de dependencia por parte da enfermeira/o, que empeora cando se da a maiores outro tipo de dependencia. Vemos como os médicos recoñecen e valoran o traballo da enfermaría como axudantes deles, sen a enfermaría o traballo do médico din que sería máis difícil inclusive imposible de realizar. Non hai conciencia entre as diferenzas dos paradigmas enfermeiros e os médicos, tanto por parte dos profesionais médicos como dos profesionais enfermeiros.

Cando tratábamos a cuestión sobre onde desenvolven os homes enfermeiros a súa actividade, dicíamos que os homes ocupan postos de dirección na xerarquía enfermeira. Aquí xorde unha cuestión: cal é o motivo de que a nivel do Estado sexan maioría os xestores enfermeiros nunha profesión de mulleres? Dúas foron as respostas que deron os informantes a esta circunstancia; a primeira, que o home busca subir na escala profesional máis do que o fai a muller, en base ao influxo cultural na educación con diferenciación de sexos, a segunda, está en que estes cargos polo xeral requiren unha maior dedicación de tempo, do que a muller non dispón por ter que compatibilizar o traballo coas súas responsabilidades familiares, polo que lle resulta máis difícil unha conciliación familiar. A muller ten que se ocupar da prole, a pesares de estar inserida no mundo profesional ao igual que os homes; con todo, polo feito de ser muller, ten que asumir os coidados familiares, non tanto así o home, o que lle permite ocupar postos máis relevantes dentro da pirámide xerárquica da profesión, ao estar liberado dese outro “traballo oculto” que supoñen as tarefas domésticas. O

home aínda non comparte totalmente as responsabilidades familiares coa muller ou ben exímeselle destas cunha maior permisividade, a pesar dos pequenos avances que se deron a nivel socio cultural.

Estas mesmas razóns, entre outras, levan a que a muller enfermeira non ocupe lugares relevantes a nivel político, sendo neste chanzo onde se nomean os cargos directivos da enfermaría (directa ou indirectamente). Esta cuestión é realmente preocupante pois incide directamente sobre a autonomía da profesión, non só sobre a súa xestión nos centros sanitarios. Non se ten presente a formación curricular sobre xestión, así como as calidades persoais e mais profesionais das persoas que se postulan para estes cargos.

Como xa vimos resulta preocupante a falta de compromiso político por parte da enfermaría, pois a profesión non terá autonomía namentres sexan os políticos, que non coñecen a profesión dun xeito *emic*, os que nomean as cúpulas profesionais dentro dos establecementos sanitarios. A nosa recomendación por tanto é animar ás enfermeiras a que militen politicamente para que cando ocupen cargos de toma de decisións, a voz do colectivo estea presente dende estas instancias e con coñecemento de causa.

Unha circunstancia importante que se dá en relación á ocupación e conservación dos postos de dirección é a xerarquía. En moitos casos o obxectivo de quen os ocupa está en conservar este posto o máximo tempo posible, esquecendo a realidade dos profesionais que traballan na base do seu servizo, inclusive en moitas ocasións prexudicando aos seus propios intereses ou aos da profesión. Isto débese en parte a que os profesionais de enfermaría non teñen outra forma de mellorar as súas condicións laborais máis que optando a estes cargos, polo que a súa conservación resulta de vital importancia para eles.

No capítulo catro sinalabamos algún caso no que se ben a disciplina médica non é xerarquicamente superior á enfermeira, si exercía presión sobre as supervisoras de determinados servizos, quen para conservar o seu posto deben de contar co beneplácito do xefe de servizo (médico) e non “darlle problemas”. Isto demostra a debilidade das direccións de enfermaría e a súa ineficacia xerárquica na praxe.

A xerarquía ten moitos brazos para que a estrutura se manteña, non só dende fóra da profesión, tamén dende dentro. Esta estrutura piramidal sustenta o modelo biomédico, que está en contraposición co modelo holístico dos coidados e que propugna un sistema interdisciplinar baseado en traballar por e para o usuario, non para outro estamento ou disciplina. Imos sinalar dous exemplos, o primeiro atinxe aos formadores de Grao na profesión enfermeira que non son na súa maioría profesionais de enfermaría. Entendemos que a aprendizaxe enfermeira debe ser interdisciplinar, pero co obxectivo último de formar profesionais de enfermaría.

Obsérvase que segue existindo unha primacía dos profesores médicos. O segundo caso que tomamos fai referencia aos cursos de xestión sanitaria propiciados pola enfermaría ou para a enfermaría que son eliminados ou pasan a un segundo lugar, como xa relatamos no capítulo correspondente. Este é un dos tentáculos que está a manexar o modelo biomédico. Se os enfermeiros non teñen acceso aos cursos de formación de doutoramento ou de xestión, non poderán exercer a docencia ou a xestión. Como os profesionais médicos son os que están en posesión desta titulación, serán os que continúen influíndo e formando aos profesionais de enfermaría baixo un prisma biomédico, non enfermeiro, facendo que a enfermaría continúe sometida aos seus criterios e sobre todo a súa autoridade moral, algo oculto que non se ve e non se pode demostrar máis que facendo un análise profundo. Deixamos aquí aberta outra liña de investigación para realizar.

6.4. Importancia do espazo e mailo tempo na prestación de coidados

O tempo é un vector que permite medir os cambios relacionados coa experiencia mailo coñecemento. Presenta diferentes concepcións que poden ser físicas ou filosóficas. Segundo as diferentes culturas o seu impacto vai ser diferente e faise presente en distintas manifestacións, entre outras, as artísticas, dende a poesía ou a música ate os filmes.

Xa na Grecia Clásica se preocupara Platón do tempo, quen consideraba que é a imaxe móbil da eternidade, Heráclito definía o momento concreto cando asevera que nunca vai ser o mesmo aquel preciso instante. Con tódalas diferentes argumentacións e concepcións que analizamos sobre este parámetro temos certo que nada nin ninguén se escapa do efecto do tempo. Tampouco os coidados de enfermaría.



As medidas do tempo non teñen o mesmo significado se o tempo é cosmolóxico, físico, histórico ou xeolóxico. O tempo vital ou biolóxico marca as diferentes etapas nos animais e nas persoas: nacemento, crecemento, desenvolvemento, madurez, avellentamento, ancianidade, morte.

Figura 164. Fragmento de sarcófago coa imaxe de Kairós. S. II D.C.

Fonte: Atenea colección (ateneacoleccion.com)

Segundo sinala José Siles (Siles & Solano, El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermmería, 2007) os gregos falan xa do Tempo de Chronos, o tempo cronolóxico e tamén do tempo como Kairós, entendéndoo como unha canle existencial polo que transcorren os diversos momentos históricos, como instantes. Despois da fenomenoloxía de Husserl e Heidegger o tempo pasa a ser algo máis que o mero presente. Nesta concepción salientase a importancia do momento, o tempo que require cada cousa, a conciencia do tempo. Aplicando estas concepcións do tempo á cobertura das necesidades biolóxicas, encontramos novas dimensións: tempo de incubación, de convalecencia, de crise, de epidemia, de coidados, de tratamento, de fecundación, de nacer, de morrer, pero tamén o tempo de amar, de gozar, de sufrir.

Os informantes da nosa pescuda xuntan o concepto tempo ao concepto espazo, así nos falan de proximidade dos profesionais, de sentilos cerca, no seu lugar, mesturan estes sentimentos con outros como a sensibilidade, amabilidade, dozura. Todos eles relacionan a medida espacial de proximidade con outros sentimentos como a tranquilidade ou o confort. Con todo, o espazo non só está marcado pola proximidade física do usuario ao profesional, o lugar onde son exercidos os coidados: o domicilio do usuario, o centro de AP ou o centro de AE, xunto ás sensacións percibidas polo usuario, van dar como resultado maior ou menor proximidade nos coidados. Respecto ao tempo, ocorre algo semellante, os usuarios miden a calidade dos coidados segundo o tempo de resposta ante unha chamada, o tempo de asistencia, o de duración dos coidados. Xa vimos como Siles clasifica o tempo pola súa duración e as súas correspondencias de situacións de saúde-enfermidade, correspondéndolle a cada tempo uns coidados concretos e diferenciados ao igual que a cada espazo.

Estes dous conceptos ademais de influír na percepción dos coidados que teñen os usuarios, chegan a consideralos factores de cambio para a mellora dos coidados. Esta concepción deberá tela presente a profesión enfermeira pois, no que respecta aos vectores tempo e espazo, leva a dianteira sobre outras disciplinas, vantaxe que non debe perder e que se pode ver comprometida polo emprego das novas tecnoloxías como imos a observar. A enfermaría é considerada próxima no espazo e permanente no tempo de exercer os coidados.



Figura 165. Estatua a Chronos

Fonte: Wiktionary (Wiktionary.org)

Nas diferentes formas de presentación do tempo, os usuarios falan de: tempo de espera, pasar o tempo, tempo cronolóxico, tempo de coidado ou atención, escaseza de tempo. Estas diferentes percepcións do tempo son compartidas tamén polos profesionais da enfermaría. Tampouco podemos esquecer o tempo referido á enfermaría como profesión no seu onte, hoxe e mañá que estamos analizando no presente estudo.

A proximidade no espazo é algo que caracteriza á enfermaría, os usuarios senten que está sempre ao lado do enfermo, combinan aquí os dous vectores, o tempo e mailo espazo. Isto dálle tranquilidade ao usuario, por saberse acompañado temporo-espacialmente.

Tamén puidemos ler nos discursos recollidos como os usuarios son conscientes de que só é o persoal de enfermaría o que está a súa beira, na súa cama como dicía unha usuaria, e continuaba facendo énfase en que iso é o que lle dá o protagonismo a estes profesionais enfermeiros, aínda que a fama e os loureiros os leven os médicos sen corresponderlles. Son os enfermeiros os que toman as primeiras decisións asumindo responsabilidades, en moitas ocasións, que non lles corresponde tomar a eles; con todo, sempre prima nas súas decisións o benestar dos usuarios. O espazo xeográfico no que se reciben as atencións sanitarias tamén inflúe no trato percibido polo usuario. A unha maior distancia espacial do centro de atención sanitaria, maior descoñecemento por parte do usuario, o que implica, segundo o discurso deles, peores atencións.

Na AE, a enfermaría é a responsable de que se respecten as normas relativas ao espazo. Nos Hospitais Públicos estudados, aos acompañantes dos usuarios nalgúns servizos mándaselles saír do cuarto do enfermo, incluso da unidade no horario da visita médica. A enfermaría é a responsable de que esta normativa interna se cumpra. Tamén é a responsable de que este espazo estea nas mellores condicións de habitabilidade posible, que inclúen entre outras a orde maila limpeza.

Puidemos observar como a maior proximidade no espazo tradúcese como mellor trato. A enfermeira é moito máis próxima emocionalmente, o que se compara co espazo que ocupa, está máis tempo fisicamente cerca do usuario ca outros profesionais. Refíren os usuarios no seu discurso como as enfermeiras son máis próximas, o que non quita que os médicos sexan tamén cariñosos, pero elas, din, están á súa beira; os médicos non están sempre ao pé da cama có enfermo, as enfermeiras si, por este motivo elas realizan un traballo importante, eficaz e útil na atención inmediata.

Xa sinalamos no capítulo terceiro outra forma de entender o tempo, neste caso fai referencia a idade dos profesionais de enfermaría. Existe un mito respecto de que os profesionais de enfermaría de maior idade prestan unha atención máis rutineira, por estar máis acostumados a esas situacións ou por estar máis saturados. Aos profesionais máis novos presupónselles máis



Figura 166. O tempo dunha enfermeira

Fonte: Cuidando (cuidando.es, 2015)

paciencia, máis motivación ou máis ganas de facer mellor as cousas. De maneira que o tempo cronolóxico no que respecta á idade das enfermeiras/os, inflúe na calidade dos coidados, entendéndose estes como tempo de atención. A maior idade do profesional, menor tempo de atención ao usuario e a menor idade do profesional maior tempo de atención. Xa vimos no punto anterior os motivos desta percepción e como esta radica, non na idade nin en que os profesionais de máis idade sufran un *síndrome do profesional queimado*, que tamén é posible. A situación é que sofre o *síndrome do escravo satisfeito*.

O tempo de atención ligado ás cargas de traballo tamén fai aparecer unha variante que a miúdo é percibida polos usuarios, relatando estes que as atencións recibidas dependen de si os profesionais teñen pouco ou moito traballo. A menor carga de traballo mellores atencións, porque lles dedican máis tempo.

Algúns usuarios consideran unha relación directa entre a escaseza de tempo e a aparente falta de profesionalidade, adxudicándolle esta responsabilidade ao persoal da enfermaría. Tamén aparece nos relatos a escaseza de plantilla considerando que isto inflúe na variable tempo, e a menos tempo, menor calidade de atención. Debe ser segundo os usuarios a enfermaría a que decida se se precisa máis persoal prestando atencións.

No mundo actual, sobre todo no medio urbano dáse unha diferenza co rural no que se refire ao tempo. No mundo urbano os usuarios consideran que as resolucións, as actividades de atención teñen que ser inmediatas, de non ser así considéranse



malas atencións, dando lugar á xeración de tensións que incluso chegan a transformarse en agresividade. Que o tempo de espera se acurte nas antesalas dos profesionais é unha demanda frecuente. No caso do rural incluso agradecen que este tempo de espera se alongue un pouco, pois así falan cuns e con outros facendo o Centro de Atención Primaria as funcións de Centro Social onde encontran veciños e amigos que doutro xeito non terían ocasión de botar unhas parrafadas.

Figura 167. Cadro de Emma Cano

Fonte: Efesalud (Tovar, 2014)

Os usuarios falan no seu discurso do estrés que sofren os profesionais da enfermaría por falta de tempo para realizar as actividades e atender aos enfermos, sobre todo na AE. Consideran que a falta de tempo leva consigo outros problemas, as cargas de traballo aumentan e os usuarios non perciben que reciban unha atención holística. Este é motivo de suficiente peso polo que a enfermaría debe reclamar o persoal suficiente para poder realizar as prestacións necesarias e así acadar uns coidados de calidade.

Unha das variantes do tempo rompe co mito de que todo tempo pasado foi mellor. Os usuarios consideran que a atención dos profesionais de enfermaría, no que se refire ao trato persoal que reciben, mellorou respecto aos tempos pretéritos. Refiren que hoxe se conta con máis medios e á vez danse mellores coidados.

A continuidade da atención da enfermaría no tempo, supón que este persoal estea presente ao lado dos usuarios as 24 horas do día, tanto na AP coma na AE, para o que os profesionais de enfermaría se distribúen en quendas. Esta circunstancia, dá aos usuarios unha certa tranquilidade. Outra característica a favor da enfermaría é que ademais de estar á beira dos usuarios e sempre presente no tempo á vez é resolutive para o que se precise.

O tempo de Chronos ten importancia á hora de dar coidados a un usuario. Segundo refiren os usuarios o persoal de enfermaría está presente nesta acepción do tempo, e dicir, ao longo do tempo en todo o proceso de necesidade dos coidados.

Os profesionais falan do mito da falta de tempo de atención ao usuario pola súa banda, sinalan que non poden asumir máis cargas de traballo. Séntense próximos no espazo aos usuarios, aínda que se manifestan desconformes co tempo destinado a realizar unha atención individualizada con cada un deles. Asocian a falta de tempo, de dedicación ao usuario, coa falta de recursos humanos. Cando esta circunstancia se dá xérase malestar no persoal da enfermaría por non poder realizar unha atención holística sobre usuarios que están baixo a súa responsabilidade. Así queda patente nos informantes que o transmitiron dun xeito claro. Non é proporcionado o número de usuarios co número de enfermeiros que se precisarían para a súa atención.

O tempo específico de atención, a continuidade no tempo, estar sempre, optimizar o tempo ou incluso “inventalo”, como vemos, inciden directamente na mellor saúde e benestar dos usuarios. Isto tamén o perciben os profesionais da enfermaría, debendo empregar dun xeito positivo estas claves diferenciadoras doutros colectivos e sanitarios que traballan en prol da saúde do individuo. O discurso dos informantes resulta totalmente explícito e non deixa lugar a dúbidas ao respecto.

O traballo feito con tempo e sen presas faise moito mellor. Habería que realizar uns estudos de cargas de traballo, reais, e dependendo desto dispor de máis ou menos profesionais. Ás veces trabállase mal por non dispor de tempo, só se fai o básico, que acostuma ser a atención biomédica, administrar medicación, tomar constantes, ou realizar técnicas, deixando a un lado a atención holística. Consideran os usuarios que os profesionais da enfermaría por moito que queiran dedicarlles máis tempo, debido a escaseza deste e os poucos recursos humanos, non poden realizar tódalas tarefas; esta consideración é compartida polos profesionais.

Tempo, espazo, cargas de traballo e recursos humanos son os catro parámetros que o persoal da enfermaría sinalou neste punto, considerando que teñen influencia directa sobre a realización dos coidados dun xeito competente.

6.5. Importancia da técnica no exercicio dos coidados, contidos dos coidados

Podemos observar diferentes formas de aplicar a enfermaría na practica cotiá dependendo dos distintos modelos que se sigan. Nalgunha ocasión pode parecer que os paradigmas dalgúns modelos resultan irreconciliables entre si, con todo non é así, senón todo o contrario, o que fan é que prospere a disciplina enfermeira amosando a súa riqueza dun xeito multicolor, como se dunha vidreira se tratase, fortalecendo máis esta diversidade á profesión.

A finais do século XIX e até case rematado o XX a cultura das sociedades occidentais, na esfera das diferentes disciplinas e profesións caracterizouse pola especialización primeiro e a súper especialización máis tarde. Esta circunstancia deu como resultado que o individuo pasase de ser o cerne das ciencias e das diversas actividades, a ocupar un segundo plano. Prodúcese así a conxuntura que deu como resultado un distanciamento do ser humano como ser integral pasando á reificación ou cousificación da persoa. Tamén se dá este fenómeno nos eidos da saúde.

Centrándonos no caso que nos ocupa, este fenómeno fai que a enfermidade tome personalidade propia desprazando ao individuo que a padece, pasando a persoa enferma a ocupar un segundo plano, co que isto pode supor para o seu proceso de curación. Deste xeito o usuario do sistema sanitario perde todo signo de identificación como individuo, pasando a ser unha patoloxía co apelido do cuarto no que foi situado, así fálase da apendicite do 204C, da neumonía do 407A ou do fémur do 125. Como xa sinalamos no capítulo segundo en palabras de Martínez (2008, p.159) *“as enfermidades son entendidas como cousas en si mesmas”*.



Figura 168. Especialización e reificación

Fonte: Colegio Cooperativa Alcazar (colegiocooperativaalcazar, 2015)

O modelo biomédico, axudou á consolidación deste fenómeno no mesmo cerne do sistema sanitario, a risco de esquecer á persoa. A enfermaría a pesares de recoñecérselle estar máis próxima ao usuario, como acabamos de ver, non foi ni é allea a esta corrente. Polo que consideramos que debe retomar de forma inmediata o coidado holístico, dándolle a importancia que teñen aos coidados culturalmente competentes. Se a enfermaría perde esta visión perderá a súa identidade como disciplina e profesión, podendo ser ocupado o seu espazo por calquera outra colectividade, ou mesmo por máquinas que realicen as técnicas mecánicas á perfección.

A aplicación das técnicas dos coidados enfermeiros debe pasar por unha definición dos paradigmas. Definición que estará baseada nas diferenzas entre curar unha patoloxía e coidar dun individuo que padece unha patoloxía, atribúenselle á disciplina enfermeira as funcións propias dos coidados, sen esquecer (como xa sinalabamos no capítulo catro) que non hai curación sen coidados. Reside nesta afirmación a razón

pola que os coidados resultan tan dúctiles na súa forma, estando nun continuo cambio e unidos á mesma aparición do home, recordemos a fábula de Hixinio (2009). Segundo Heidegger o coidado vai evolucionando co home, adaptándose ás diferentes culturas e sociedades no transcorrer do tempo. Non podemos falar de que as formas de facer e estar dos coidadores/as teñan parecido dende a época das cavernas ate a enfermaría que se practica hoxe nos modernos hospitais. Con todo, o paradigma do coidado ten un fío condutor común, estar á beira das persoas. Poden por tanto cambiar as técnicas pero non a presenza continuada como quedou reflectido por diversos autores e na observación de campo plasmada nos capítulos precedentes. Os profesionais da enfermaría consideran que a técnica é importante e pode resultar atractiva para eles, pero hai algo máis que técnica, o estar cerca, o espírito de axuda, ser empático, poder educar, previr. O trato humano e directo cos usuarios resulta tan importante como a aplicación de técnicas moi sofisticadas.

Porén nas discusións que se producen no seo da propia profesión, nas que se dirime se a disciplina enfermeira debe de ser máis técnica ou máis holística, non se debe perder de vista cal é o obxectivo principal da enfermaría: coidar ao usuario e darlle uns coidados de boa calidade e nas mellores condicións posibles.

Non debemos esquecer que uns anos atrás o xénero dos usuarios determinaba o xénero dos profesionais da enfermaría, así como tamén os diferentes tipos de actuacións e técnicas que se aplicaban sobre os usuarios. Xa puxemos de manifesto no capítulo catro, como as técnicas no servizo de uroloxía só eran realizadas por profesionais masculinos, no caso do servizo de xinecoloxía eran as enfermeiras as que tiñan a exclusividade para prestar coidados ás mulleres ingresadas nesta unidade do hospital. As técnicas estaban separadas xa dende a formación, nas Escolas de ATS os homes estudaban nocións de *Autopsia médico-legal*; no canto desta materia as mulleres estudaban *Ensinanza de Fogar*. Coa implantación das ensinanzas de Diplomados Universitarios en Enfermería esta segregación desapareceu.



Figura 169. V Promoción da Escola de ATS Feminina de Lugo. (1979)

Fonte: Arquivo propio

A estas alturas non precisamos dicir que nin está dentro dos paradigmas nin dos obxectivos ou mesmo das funcións da enfermaría ser auxiliar ou axudante doutros

profesionais con outros obxectivos diferentes do coidado da persoa, a familia ou a comunidade. Serán outros colectivos os que teñan que desenvolver estas tarefas subalternas ou de axudante. O que non debemos negar é a necesidade de conformar equipos interdisciplinares nos que traballar como iguais, aportando cada disciplina a súa propia visión.

Outro punto a ter presente e non menos importante, a pesar de que non lle dediquemos espazo na presente investigación, deixando as portas abertas a futuros traballos, é o tema do mercantilismo da saúde e especificamente dos coidados enfermeiros. Non debe a profesión verse comprometida polos valores de mercado, da oferta e da demanda. Deberán os profesionais da enfermaría afincarse e permanecer firmes na defensa dos intereses do usuario, estando por riba de modelos éticos mercantilistas e máis das demandas competitivas. Pois como vimos que apunta Hunter (2001) o sistema de xestión das institucións sanitarias na actualidade responde principalmente a un modelo de ética marcado polo mercado e mailas demandas da competitividade. Segundo Lawrence (1997), Anessi-Pessina (2001), Gabe (2009), este proceso que eles definen de colonización do mercado na atención da saúde, compromete aos paradigmas dos profesionais enfermeiros que se ven interferidos polos citados valores de mercado, cambiando o xeito de facer e deixando os intereses do usuario nun segundo plano.

Si é certo que ofrecer e dar coidados precisa dunhas técnicas cada vez máis especializadas, acorde cos tempos e os avances na nosa disciplina. De aí que se consideren necesarias as especialidades de enfermaría, que non teñen por qué coincidir coas especialidades médicas, dado que o obxectivo de cada especialidade non é o mesmo aínda que o fin si sexa o benestar do usuario. Insistimos en que as diferentes especialidades enfermeiras non deben perder de vista a atención holística aos usuarios. Esta é a marca diferenciadora da profesión enfermeira como xa quedou claro máis arriba. No referente á cuestión da especialización da enfermaría nalgún discurso planease unha comparación entre a práctica da medicina e a enfermaría, considerando que as técnicas a aplicar na enfermaría son comparables coas que se utilizan no sistema biomédico.

Tanto os usuarios como os profesionais son conscientes da necesidade dunha formación especializada, para poder dar unha mellor atención en cada caso específico co obxecto de que os profesionais teñan uns coñecementos máis específicos en campos concretos, dado que a día de hoxe un profesional de enfermaría poder saber de todo, pero non dominar de xeito desenvolto tódalas técnicas concretas, dado o xigantesco avance que se produce de cote na esfera da saúde. Evidentemente non é o mesmo dar coidados a un neno que a unha persoa adulta ou ancián, así como na AP ou nun servizo da AE. Con todo, debemos ter presente a necesidade de aumentar o número de profesionais para poder ofrecer unha mellor atención. Como xa vimos

tódolos estudos realizados sinalan que o Estado español está por debaixo da media en número de profesionais de enfermaría que o resto da comunidade europea.

No referente á forma de traballo, dos profesionais sanitarios, este non é percibido en equipo nin polos usuarios nin polos profesionais, no caso de que si se dea, non se percibe a autonomía dos profesionais da enfermaría. Enténdese popularmente que a enfermeira non posúe autonomía e realiza as súas actividades por ordes do médico, que como xa vimos no punto anterior é considerado como o chanzo xerarquicamente superior á enfermaría. Os usuarios consideran a enfermaría capacitada para realizar as diferentes técnicas sempre baixo a supervisión directa ou indirecta do médico.

Como xa queda dito anteriormente as técnicas que se coñecen e que realizan as enfermeiras, son consideradas técnicas simples, que as podería realizar calquera persoa, e ademais, son delegadas do médico. Son valoradas como técnicas de coidados domésticos que non precisan ser realizadas por persoal con formación específica. O punto de vista profesional difire destas crenzas polo que explicamos deseguido: si, é certo que os profesionais de enfermaría ao igual que asumen os coidados domésticos dos usuarios cando estes non se poden valer por si mesmos tamén asumen aquelas actividades que os usuarios ou os seus familiares realizan no seu domicilio, como realizar unha glicemia capilar ou unha toma de presión arterial, pero ademais o enfermeiro/a sabe interpretar eses datos dunha forma máis ampla por posuír coñecementos que non ten o usuario. No referente a que a enfermaría é unha profesión delegada do médico, como xa vimos, a LOPS confírelle plena autonomía tanto técnica como científica. O único que lle delega funcións ao profesional de enfermaría é o usuario ou no seu defecto os seus familiares ou representantes legais. Polo tanto a enfermaría non ten por qué asumir nada delegado doutras disciplinas. Os profesionais enfermeiros deben de fixar a súa atención en cal é o motivo polo que continua transmitindo esta imaxe, de subordinación, ser consciente dela e tratar de corrixila.

No coidado holístico é importante ter presente non só ao usuario se non tamén ao acompañante, por formar parte do entorno do usuario e porque ademais vai a servir de axuda aos profesionais da enfermaría na mellora da comunicación con el ou a darlle continuidade aos coidados cando os profesionais de enfermaría non estean presentes. Esta é unha demanda que fan os usuarios aos profesionais, que se lles teña máis presentes do que se está a facer ate o momento.

Na AP dáse un trato máis personalizado, con todo, tamén se acusa o trato impersoal aínda que menos que no hospital. Na AE o usuario presenta tódalas características dun emigrante, como sinala Marcial Gondar (Gondar, 2012) o usuario perde o seu nome e toma un novo. Como vimos anteriormente, dentro do sistema, refírense ao usuario como un número, ou unha patoloxía, perdendo o individuo a súa identidade no medio no que se encontra e do que descoñece o seu funcionamento, as

súas normas e mesmo a linguaxe que alí se emprega. O usuario en definitiva séntese transplantado, dun xeito forzoso, a outra cultura diferente a súa, apartado do seu medio e da súa comunidade.

Non debemos esquecer que para aplicar con éxito calquera das diferentes técnicas de traballo ou no traballo resulta imprescindible posuír unha visión cultural do usuario co que estamos traballando. Foron moitos os programas da OMS que fracasaron por seren transplantados dun territorio a outro sen ter presentes as diferenzas culturais. Dado que os coidados conforman *“o conxunto de regras ou guías de comportamento aprendidas, compartidas e simbolicamente transmitidas en cada pobo no transcorrer da súa historia coa finalidade de protexer a saúde individual e maila colectiva”*. (Perdiguero, 1996, pp. 23-35)

Os xestores de enfermmería en moitas ocasións impoñen aos profesionais de base a realización de técnicas ou tarefas que non son consideradas propias desta disciplina, o que redunda nun menoscabo da calidade asistencial ao usuario. O discurso que utilizan nestes casos os xestores é que o persoal de enfermmería ten que ser colaborador, realizando as actividades que se precisen nun momento dado para o bo funcionamento da unidade, expresado en linguaxe coloquial *“o persoal de enfermmería serve para un roto e para un descosido”*. Así en ocasións axudan ou incluso realizan actividades da disciplina médica ou do persoal da limpeza ou de hostalaría, entre outras.

6.6. Como son percibidos os coidados de enfermmería e como cren que debería ser

Pode parecer que neste epígrafe se encadren dúas visións diferenciadas temporalmente. Cando aos informantes, tanto usuarios como profesionais, se lles preguntou: como son ou como perciben os coidados, no seu discurso mesturaron a súa percepción coa imaxe de cómo queren que sexan. En moitos casos, estas respostas foron un exercicio de escapismo do presente que non lles gusta, empregando así un optimismo plasmando cara ao futuro o que eles desexan, ou simplemente fan unha negación do que están a vivir na actualidade, pretendendo facer realidade xa os cambios que se deben realizar no devir próximo ao verbalizar estes en tempo presente. Foi este e non outro o motivo de analizar conxuntamente a realidade do que observamos e somos conscientes no presente e á vez como lles gustaría que fose nun futuro o mundo dos coidados profesionais.

Chamou a nosa atención observar que a percepción dos usuarios e dos profesionais está máis próxima do que nos parecera no momento de comezar con este estudo. Somos conscientes de que en moitas ocasións nin a visión duns e os outros cadra coa realidade producíndose, como queda constatado en capítulos precedentes, un

visibilidade da profesión da enfermaría, é a vara de medir que se emprega dende o punto de vista dos usuarios para valorar os coidados recibidos por parte dos profesionais da enfermaría. Os usuarios non teñen coñecementos para ditaminar se os coidados que reciben son de calidade ou non, pero si teñen un criterio formado para valorar as formas visibles de cómo lles foron aplicados estes coidados e como se sentiron tratados.

Na AE as técnicas son máis visibles para os usuarios, porén as demandas que fan van máis encamiñadas cara a unha atención integral, na que se dea unha comunicación e unha escoita que si perciben recibir por parte dos profesionais na AP. É o que nos transmiten nos seus discursos dunha forma máis clara e máis ou menos matizada. Tamén así o perciben os profesionais, o trato co usuario na AP difire do que se ten na AE. Esta realidade debe ser aproveitada a favor do exercicio da profesión. Na praxe duns coidados holísticos, vese beneficiado tanto o usuario coma o profesional. A formula de coidados que desexan, tanto usuarios como profesionais da enfermaría, debe contar coa característica da proximidade e duns coidados culturalmente competentes.

Tamén transmiten que a muller enfermeira ofrece máis confianza co home médico, non acontece así coa muller médico. Como vimos anteriormente, esta característica concreta que lle outorgan a enfermaría non atende a unha cuestión de xénero, máis ben é debido aos vectores do tempo e do espazo; os profesionais da enfermaría están próximos no tempo e no espazo, xa o dixemos, mentres que os profesionais da medicina non.

Alguns usuarios teñen claro que a súa demanda pasa por unha atención holística, achacando a súa carencia ao sistema biomédico actual, non estando a enfermaría exenta de responsabilidades para que o funcionamento do sistema sexa como é. Recrimínanlle incluso aos profesionais enfermeiros/as a imposibilidade de recibir uns coidados de calidade se non son capaces, estes últimos, de ter presente todo o que rodea ao individuo considerando que este é un ser cultural e social.

Durante a investigación, os usuarios fixéronnos saber que perciben o modelo biomédico como obsoleto. Consideran que o sistema sanitario debe cambiar de modelo, ao mesmo tempo perciben que este limita á enfermaría no seu desenvolvemento. Achácanlle á enfermaría unha eiva na comunicación por dúas razóns; unha reside no propio sistema e outra débese a unha falta de coñecementos dos profesionais nesta faceta. Cando verbalizan estas observacións ofrecen unha solución, que a enfermaría se forme en comunicación e facer desta o principal obxectivo do seu traballo. Desto despréndese que o trato por parte dos profesionais enfermeiros non se axusta ás súas expectativas. Esta situación debe ser valorada co gallo de chegar á esencia individual de cada usuario no seu particular xeito de

comprender, vivir e expresar a enfermidade. Estamos falando de ofrecer uns coidados humanizados baixo un modelo culturalmente competente.

O Usuario non quere ser un actor pasivo na súa doenza, quere ser partícipe, saber que é o que se está a facer con el, porqué e para qué. Desexa formar parte do proceso, e ademais está no seu dereito. O propio sistema paternalista, non permite que isto sexa así.

As diferentes técnicas e tarefas son consideradas importantes, con todo, consideran que deben estar acompañadas da atención personalizada a cada usuario. Nesto temos que dicir que se os coidados de enfermaría non están individualizados non son culturalmente competentes nin polo tanto bos coidados.

Usuarios e profesionais consideran a escaseza de profesionais, no que a número se refire, como unha situación xeradora de estrés para a enfermaría, repercutindo directamente nunha atención de enfermaría deficiente que non pode prestar uns coidados integrais ao usuario. Xa vimos tamén, que esta circunstancia é unha situación urxente a resolver, por moito que se empeñen os xestores coas políticas mercantilistas aplicadas á sanidade, restándolle importancia ao déficit de recursos humanos, no que á enfermaría se refire.

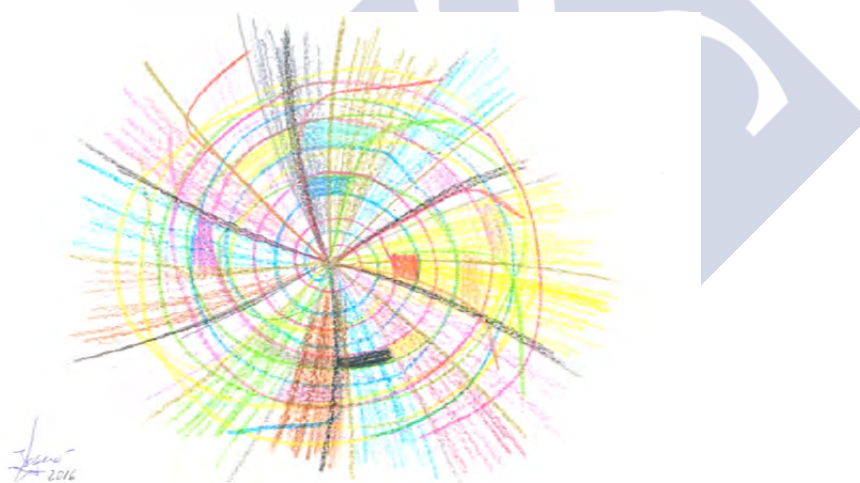


Figura 171. Coidados de enfermaría individualizados no tempo e no espazo

Fonte: Debuxo elaborado por Josué A. Rodríguez

Tamén usuarios e profesionais sinalan a necesidade de que a enfermaría desenvolva e ofrezca unhas especialidades cualificadas e adaptadas aos coidados específicos que son demandados na actualidade.

A organización colexial da profesión enfermeira sinalaba no ano 2013 un retraso na aplicación da lexislación vixente ao respecto e que a día de hoxe continúa sen resolver.

Respecto ás especialidades, ademais de levar un retraso de cinco anos no seu desenvolvemento, algunha, como é o caso da Enfermería en Coidados Médico-Cirúrxicos, aínda non viu aprobado o seu plan de estudos, a pesares de existir unha proposta presentada e previamente aprobada por unanimidade polos membros da Comisión Nacional, contando co aval do Consello Xeral da Enfermería e das sociedades científicas enfermeiras. (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España., 2013)

A valoración e mailo recoñecemento económico e social, tamén son de gran importancia para os profesionais, así como para as persoas que se propoñen desenvolver a enfermmería como profesión. Esta é unha profesión subalterna que está menos retribuída que outras profesións. Os profesionais da enfermmería traballan xunto a outros profesionais posuíndo o mesmo grao académico, con todo, a retribución económica é menor a pesar de ter maior carga de traballo e igualdade de responsabilidades.

Si é certo que unha razón para exercer os coidados ademais de pola retribución económica é que os profesionais de enfermmería encóntranse recompensados no seu traballo por sentirse útiles aos demais, o que, en certa medida, tamén supón unha importante gratificación.

Os profesionais, en ocasións séntense desilusionados e faltos de motivación debido ás actuacións das xestoras/os, dos líderes e mesmo dos formadores da enfermmería. Observan como o seu traballo é manipulado polas políticas mercantilistas aplicadas á esfera da saúde, dándolles a administración como explicación última un “non hai cartos”, frustrando así, entre outras razóns xa sinaladas, novas posibilidades de evolucionar ou innovar no mundo dos coidados. Isto supón ademais para os profesionais que se desentendan de toda idea innovadora deixando a responsabilidade profesional en mans de políticos e xestores: “total que máis dá ... para que? Nada vai cambiar”, son frases que aumentan e fan medrar nos profesionais sentimentos de *autoanulación*.

Podemos falar dun momento de incerteza da enfermmería motivada pola falla de identidade. Os profesionais da enfermmería non teñen claro se son enfermeiras/os de enfermos ou enfermeiras/os de médicos. Esta confusión débese por unha banda ao modelo de formación recibido (deseñado dende o modelo biomédico) por outra á perda de independencia das direccións da enfermmería (actualmente está a darse unha subordinación xerárquica), seguindo pola dependencia política (directa ou indirectamente) das xerarquías enfermeiras. Por último tamén axudan a esta confusión as funcións (que chaman delegadas e seguen ensinándose como tales nas escolas e así o ditaminan as direccións da propia enfermmería) o esquecemento do

modelo holístico no exercicio dos coidados, un equipo de traballo ausente a dous niveis (equipo enfermeiro e equipo interdisciplinar), a falta de coñecemento dos paradigmas por parte da propia profesión, a escaseza de combatividade dos profesionais ou carencia de plantillas axeitadas. Todas estas situacións, circunstancias e factores fan que a enfermaría estea desenvolvendo o seu traballo nun mundo de néboas onde o importante é sobrevivir cada día no medio das tebras que parecen non ter unha luz que as disipe.

Viuse nos discursos dos profesionais como durante a formación dos profesionais de enfermaría, no pregrao segue falándose de “funcións, actividades e tarefas”. Non se forma aos profesionais na atención ao usuario, senón na atención á enfermidade, faise baixo a visión bioloxicista do ser humano. En determinados centros sanitarios adscribense aos profesionais tarefas, asinándolles cometidos en función das necesidades do momento, coma se o profesional de enfermaría fose unha navalla suíza multifuncións, que todo o pode solucionar.



Figura 172. Coidados a mediados do século XX

Fonte: Retrato cedido por M^a Teresa González Regueiro

Quedou anteriormente o suficientemente claro, respecto ás funcións delegadas que estas non existen, segundo Tardío Cordón (2015) se o profesional de enfermaría está realizando funcións doutra disciplina está cometendo unha falta de intrusismo profesional, que é punible na aplicación da lei. De non ser así, está realizando as súas propias funcións, ninguén lle ten que dicir que son delegadas, pois sonlle propias pola súa categoría e coñecementos.

Os alicerces decimonónicos (da enfermaría) nos que se salientaba o espírito de servizo ou entrega, influenciados pola esfera relixiosa e que debían posuír as persoas dedicadas profesionalmente a realizar os coidados, deben de transformarse en ofrecer uns coidados profesionais e de calidade, sen que isto implique o esquecemento da parte humana que levan consigo as actuacións dos profesionais da enfermaría, así nolo fan saber estes no seu discurso. Podemos dicir que actualmente a profesión encargada dos coidados está tentando transformarse, dunha enfermaría vocacional que foi a unha enfermaría como disciplina profesional autónoma e científica, que forme parte dun equipo interdisciplinar. Este cambio non está exento de idas e voltas que moitas veces renxen mentres non se asentan e asumen os paradigmas da enfermaría, dun xeito definitivo, por parte dos líderes e os xestores que conforman as direccións de enfermaría. Deixan á marxe algo tan importante como definir as liñas sobre as que se deben asentar as actuacións dos profesionais nos diferentes centros onde prestan

atención aos usuarios, de tal forma que o traballo da enfermaría se reduce a un realizar tarefas sen saber por que nin para que.

Tamén se demanda por parte dos usuarios que os cuidadores informais participen de forma activa no coidado do enfermo. Os profesionais da enfermaría consideran en moitas ocasións que os acompañantes e cuidadores informais dos usuarios son un estorbo. A clave está en que estes actores non son considerados no momento de realizar intervencións sobre os coidados, pero podemos consideralos usuarios pasivos e integralos nos coidados a realizar, de tal forma que estes resulten útiles para ofrecer uns coidados holísticos, contemplando o que hai arredor do usuario e así evitar o desligamento total do enfermo do seu entorno social. Convertemos así aos cuidadores informais en piares para ofrecer uns coidados culturalmente competentes.

Non esquezamos que os familiares e acompañantes están sufrindo o proceso de enfermidade do usuario principal dende o seu espazo. Se o entorno social do enfermo non resulta positivo, non estamos a favorecer os coidados nin a consecución dun estado de benestar. Debemos converter en obxectivo indirecto dos coidados a este grupo, tanto na AP como na AE, integrándoos dun xeito adecuado. O obxectivo está en ofrecer atención holística, considerando as facetas culturais e sociais que envolven ao individuo.

Os coidados deben vir marcados polo mesmo usuario ben informado. Non ten a enfermaría que perder o punto de vista profesional, ten que cambiar o enfoque, favorecer as relacións e a comunicación para conseguir que o usuario asuma, dun xeito consensuado co cuidador, as responsabilidades do seu coidado, dun xeito individual, tendo presente que non todos os usuarios son iguais. Os profesionais de enfermaría teñen a obriga de escoitalos, coñecer as súas teimas, os seus medos as súas preguntas e empregando a súa linguaxe, xa non idiomática nos seus significados simbólicos senón nos seus significantes (dependentes da súa cultura) e dende aí facer que os usuarios entendan e participen. Este é o novo reto a desenvolver polos profesionais da enfermaría se queren dar uns coidados de calidade.

Unha das trabas que se están a por dende o modelo holístico de coidados de enfermaría é como xestionar a participación dos cidadáns de forma equilibrada para conservar a autonomía da profesión enfermeira e máis realizar unha atención eficiente das demandas en aumento. Así o cuestionan diversos autores como Beardwood, Walters, Eyles e French (1999). Non cremos nosoutros que supoña un problema para a enfermaría asumir este novo paradigma, máis ben o supón para o vello sistema bioloxicista que verá así desaparecer a súa supremacía no mundo sanitario quedando reducidas as súas cotas de poder a súa propia disciplina.

Os usuarios que reciben atencións dos profesionais de enfermaría non son homoxéneos culturalmente. Cada vez son máis os usuarios de culturas diferentes e

incluso dentro da mesma cultura. Existen tamén usuarios procedentes do rural e do urbano, que presentan características culturais diferentes, non estando en moitas ocasións separados xeograficamente debido aos movementos que se producen cara á cidade e viceversa.

A atención culturalmente competente non só consiste en falar o mesmo idioma dos usuarios, débense coñecer as súas costumes e prácticas habituais que inflúen no seu estado de saúde, deben de ser entendidos e comprendidos nos seus significantes. Nos seus discursos repiten tres palabras claves no transcorrer da investigación, que os profesionais *entendan*, que *comprendan* e que lles *expliquen*, para que eles poidan entender e asumir o que lles tentan comunicar. Isto demostranos que os usuarios non senten a comprensión dos seu significantes e moitas veces tan sequera dos seus significados.

Non nos cansaremos de repetir que o usuario é un ser cultural inserido nun entorno, que vive nunha familia, que posúe as súas propias estruturas sociais e culturais que condicionan a súa resposta á enfermidade. Como sinala Rebolledo (2013), debemos ter en conta as interpretacións do enfermo sobre o padecemento e a enfermidade, estando a súa resposta influenciada pola forma de entender a saúde, a enfermidade, os padecementos. Radican aquí as razóns que deben motivar aos profesionais de enfermmería para descubrir os puntos de vista *emicos* de cada usuario.

Por outra banda e noutra orde de cousas, os profesionais da enfermmería continúan sen percibir a necesidade de realizar uns bos rexistros das actuacións que levan a cabo durante o desenvolvemento do seu traballo cotiá. Non son conscientes da importancia que estes rexistros teñen á hora de realizar a actividade investigadora, poder afondar nos coñecementos da propia profesión e afianzar a autonomía profesional. Os profesionais responsables da xestión da enfermmería son sabedores desta situación, presentan esta necesidade como instrumento fiscalizador ou controlador mais que como instrumento para afianzar a disciplina na súa esfera científica. Na presente investigación non afondamos nesta cuestión por merecer esta un estudo máis pormenorizado, con todo si consideramos que é labor dos xestores trasladar aos profesionais a necesidade de realizar os rexistros como garantes dunha disciplina e unha profesión científica de primeira orde.

No desenvolvemento deste traballo tivemos ocasión de constatar a diverxencia de pareceres entre os profesionais sobre a importancia da teoría e a praxe da profesión. Chegados a este punto, somos conscientes da importancia de reforzar a disciplina académica, pois iso fará que a profesión avance no traballo cotiá e nas esferas nas que se desenvolve a profesión enfermeira, cambiando tamén a visión da sociedade sobre a profesión e os profesionais.

Un dos problemas que continúa a presentar a formación de grao está, en moitos casos, en que continúa a ser impartida por médicos nun alto porcentaxe de docentes, polo tanto continúa sendo unha formación fundamentada na visión biomédica. O resultado é que os profesionais teñen moitos coñecementos dende o punto de vista de axudantes ou auxiliares de médico, pero non dende a perspectiva dos coidados enfermeiros. En moitas universidades os centros de formación de Grao en Enfermaría, sexan Facultades ou Escolas, continúan tendo unha dirección ocupada por un médico ou supeditada a este.

Ate o momento actual os profesionais de enfermmería tiveron pechadas as portas de acceso á formación como doutores na propia disciplina, motivo polo que a día de hoxe son escasos os enfermeiros que contan con este título académico. Esta circunstancia leva a que obrigatoriamente os centros de formación en enfermmería teñen que contar con doutores doutras disciplinas dentro da plantilla docente.

O futuro na autonomía académica pasa polo doutoramento dos profesionais enfermeiros sen ter que realizar reviravoltas para acadar este grao académico. A enfermmería deberá xestionar as investigacións dende a súa disciplina así como asumir totalmente a docencia coa finalidade de conseguir a autonomía profesional en tódolos seus ámbitos.

No caso da nosa Comunidade as materias psicosociais, como a Antropoloxía da Saúde, Etnografía, Comunicación ou Historia da profesión, non se consideran materias de primeira orde no deseño curricular, polo tanto, no mellor dos casos, son materias optativas. Se esas disciplinas se contemplan no deseño curricular contan cunha carga mínima que resulta escasa para a formación nunha disciplina psicosocial como é a enfermmería, que ademais redunde en que os profesionais non se abran a campos propios e continúen sometidos ao control do modelo biomédico.

Con todo, queda claro que non hai volta atrás, a supremacía do modelo bioloxicista ten os días contados, emporiso os profesionais enfermeiros deben ser conscientes e estar preparados cunha formación excelente para realizar os coidados de saúde. Enfermeiras/os, deben contar cunha preparación nas calidades humanísticas e culturais do individuo ademais dunha preparación nas esferas bio-psicolóxicas e á vez manexar as técnicas precisas para o bo desenvolvemento profesional con autonomía e excelente calidade.

Tanto usuarios coma profesionais sinalan a necesidade de que a enfermmería desenvolva e ofrezca unhas especialidades cualificadas e adaptadas aos coidados específicos que son demandados na actualidade, cuestión que consideramos de gran importancia e que desenvolvemos noutro punto.

Os profesionais da enfermmería teñen que ser conscientes dos diferentes *teitos de cristal* cos que conta a profesión e que xa sinalamos con anterioridade, para poder

rompelos e traspasalos, non sen estudar a estratexia para facelo dun xeito adecuado e beneficioso para a profesión. Xa puidemos darnos conta de que os tentáculos dos poderes establecidos chegan máis alá dos límites da súas propias disciplinas, encontrándose inseridos e fortemente ancorados dentro da propia profesión enfermeira, polo que o proceso de autonomía vai ser lento, pero os pasos que se dean deberán ser firmes.

Tamén é demandada polos profesionais a carreira profesional, interrompida fai uns trienios, co agravante que supón para os profesionais, así como a falta de estímulos positivos que se refiren aos recoñecementos profesionais ou académicos de investigación e publicacións. En Galicia, o SERGAS tampouco considera o currículo vitae no momento de facer concursos internos. En case todas as comunidades do Estado se recoñecen publicacións e outros méritos, no caso da Comunidade de Galicia só se consideran méritos o tempo de servizos prestados e o coñecemento do idioma galego. Quédanse así as enfermeiras/os sen uns estímulos para mellorar o seu facer nos coidados, perdendo interese para a súa formación e posta ao día.

Outra circunstancia importante para a enfermaría é a situación actual pola que atravesamos o Estado español, tanto económica como política. Estase a dar unha mercantilización do mundo da saúde, pretendendo que sexa un negocio e non unha inversión. No caso da mercantilización se non é rendible cando menos non debe ocasionar gastos, na sanidade estes prexuízos non son posibles, pois interfieren no bo labor dos profesionais sanitarios. Si cabe unha concienciación do gasto, pero o seu aumento non ven procurado polos profesionais senón por outros factores presentes no mercado que rodea ao mundo da saúde.

Especial importancia reviste que os cambios teñen que ser asumidos dun xeito *emico*, dende dentro, non vir impostos dende fóra. Os profesionais deberán ter unha conciencia clara de: quen son profesionalmente, onde están, para qué e cómo. Namentres estas cuestións básicas non estean definidas e interiorizadas, a profesión vagará sen rumbo, facendo intervencións e cambios aleatorios que non levarán a ningures. Os novos paradigmas da profesión teñen que ser aceptados de forma individual e colectiva polos profesionais e dende aí construír a profesión, dende as bases. Os responsables da xestión enfermeira nas diferentes Institucións deben dar formación e non impor cambios paradigmáticos, así mesmo a Universidade e maila organización dos Colexios Profesionais, sen esquecer ás sociedades científicas, deben ser instrumentos alt falantes para esta toma de conciencia. Xorde aquí a necesidade de elaborar unha estratexia planificada, na que consideramos se deben crear grupos de traballo formados por profesionais que se convertan en dinamizadores da enfermaría.

Na observación participante, tanto por parte dos usuarios como dos profesionais, un dos temas repetitivo foi o síndrome do queimado no traballo ou *burnout*. Unha das

cousas que debe ter claro un profesional da enfermaría é que o primeiro que precisa dos seus coidados é el mesmo; coidarse a si mesmo é un dos pasos máis importantes no proceso do coidado dos outros. Se non se coida ao profesional, se non está san, como vai coidar a outros? Ten que estar san para poder practicar os coidados con eficacia.



Figura 173. Síndrome do queimado

Fonte: Incrível (Langle, 2016)

Os usuarios están a percibir un cambio, sen definir. A cuestión que nos ocupa chegados a este punto é se a enfermaría sabe que é o que quere cambiar realmente na profesión: autonomía, recoñecemento do que está facendo como tarefas delegadas, recoñecemento social ou posta en valor do propio traballo, son algunhas das demandas que podemos escoitar.

Por outro lado, os profesionais tamén deben ter claras as súas funcións como responsables absolutos dos coidados do usuario. A Enfermaría ten medo, non se atreve co cambio, dálle medo asumir responsabilidades. Esta realidade está directamente relacionada coa situación que estiveron e están vivindo os profesionais de sometemento, desenvolvendo neste momento Síndromes como o de Estocolmo ou secuestrado, ou de maltrato, que como vimos no capítulo correspondente impídenlle reaccionar e actuar con liberdade, tomando as decisións oportunas.

Unha cousa si nos queda clara: o futuro da profesión, mirando ao entorno socioeconómico actual, preséntase un tanto complexo, con todo iso, o factor máis importante é o humano, polo que a enfermaría será o que queiran todos e cada un dos profesionais.

6.7. A imaxe da enfermaría

Os profesionais da enfermaría non só deben ter presente quen son senón tamén como se amosan, como os ven, sen esquecer como queren que se lles vexa. A cuestión da imaxe resulta ser un punto importante a ter en conta para a profesión enfermeira, da aceptación social da imaxe que queren proxectar vai depender a valoración que se faga tanto da disciplina como dos profesionais.

É certo que a profesión está avanzando para acadar un pleno desenvolvemento autónomo, como un membro máis do equipo multidisciplinar que traballa no campo da saúde. Se ben é certo que quedan por salvar aínda obstáculos e librar batallas, a profesión atópase nun punto de inflexión no que non se pode deixar ningún cabo solto, para que ao fin deste camiño non se malogren os esforzos dos profesionais noutroira.

Unha das cuestións que están sobre a mesa plasmárona perfectamente dúas enfermeiras, no 2005, cando se preguntaron se era consciente a sociedade da demanda dos profesionais e da necesidade social dunha enfermaría con plena autonomía, pois ese grao de consciencia vai a determinar a aceptación do novo rol, así como a xusta valoración deste. (Fernández & Lorena, 2005, p. 98)

Non se deben subestimar as imaxes estereotipadas que da disciplina enfermeira e dos seus profesionais se transmiten a través dos diferentes medios de comunicación, tanto pola influencia que estes exercen sobre a sociedade como sobre a mesma profesión. Entre estes tres elementos confórmase un ciclo pechado de retroalimentación no que os medios actúan nunha dobre dirección por unha banda, transmiten a opinión da sociedade e por outra actúan como modificadores de opinións. Por este motivo, no capítulo dedicado a este tema, analizouse a imaxe da enfermaría dende diferentes medios que van dende a literatura ás actuais redes de comunicación sociais, pasando pola música, pintura, fotografía, cine ou mass media.

Así mesmo resulta de gran importancia a imaxe que proxecta cada profesional, pois esta inflúe na percepción que os usuarios posúen da profesión enfermeira. Motivo para que cada profesional individualmente coide a visión que el proxecta da profesión.

A imaxe é a representación mental de alguén ou algo mediante a que nos formamos unha opinión do que estamos presenciando e vai acompañada dos recordos e sentimentos almacenados no noso subconsciente. Isto é o que nos fai reaccionar de xeito automático, segundo os recordos almacenados sobre esa visión. Podemos dicir que a imaxe individual ou colectiva é como a carta de presentación da enfermaría.

A partir dunha estampa, o imaxinario colectivo vai crear unha serie de estereotipos que para ben ou para mal van acompañar a esa imaxe, atribuíndolle un rol que pode axustarse ou non a realidade. Esta imaxe só polo feito de estar presente no imaxinario popular xa ten a presenza suficiente como para ser unha realidade cultural, establecendo se entra dentro da “normalidade” ou non.



Figura 174. Ciclo da imaxe profesional

Fonte elaboración propia

A imaxe da enfermaría non é unha excepción, forma parte do imaxinario popular, atribuíndolle en moitas ocasións estereotipos mais positivos e noutras unha estampa coa que non saen tan favorecidos os profesionais. En todo caso, trátase de estereotipos que dan lugar en moitas ocasións a lendas urbanas do propio momento no que se desenvolven. No noso país, temos dende o estereotipo relixioso ate a imaxe frívola e atrevida, incluso erótica, utilizada para determinados eventos na actualidade, pasando pola imaxe comercial que reforza e dá fe das calidades e bondades dun produto.

No que podemos observar, a imaxe que os usuarios teñen dos profesionais da enfermaría non concorda coa imaxe que estes cren que dan. Quizabes subxace un complexo por parte dos profesionais respecto ao lugar que ocupan no escalafón do sistema sanitario, alimentado este polo modelo biomédico co gallo de manter a enfermaría baixo o seu control.

Dende unha perspectiva *emic* está a darse nos profesionais de enfermaría unha comparación continua coa profesión médica. Hai un síndrome de inferioridade moi interiorizado, “*eu son menos que*”... Este estado de ánimo afecta aos profesionais individualmente e tamén á profesión e á disciplina. Xa fomos vendo as diferentes orixes deste pensamento/sentimento que tamén se transmite ao resto da sociedade. Por este motivo, será importante transformalo nun sentimento positivo, que os profesionais sintan que son os mellores no seu traballo e que este debe ser autónomo. Esta é unha realidade, ninguén sabe máis e mellor dos coidados que os propios profesionais da enfermaría.

Non nos cansaremos de repetir, dada a súa importancia, que a enfermaría é unha profesión feminina culturalmente, o que xa leva consigo a asunción implícita de

determinados estereotipos e roles atribuídos a este xénero concreto moitos deles xa os vimos e analizamos.

Segundo José Siles “Os materiais narrativos e as manifestacións iconográficas permiten analizar os coidados ... dende a perspectiva da cultura estudada.” (Siles, 2008, p. 120). Estes materiais axudan a coñecer a imaxe popular da profesión enfermeira e como está inmersa dentro de cada cultura, podendo facernos unha idea de cal é a situación cultural e social da enfermaría.

A imaxe dos profesionais vai cambiando segundo o momento, as circunstancias, as actitudes e actividades destes. Neste momento a profesión enfermeira vai máis aló de contemplar ao usuario como un corpo enfermo, por este motivo se considera que a enfermaría atende tamén outras necesidades da poboación, isto esíxelle estar inserida dun xeito activo na sociedade e coñecer a cultura dos usuarios cos que traballa, deixando a vella imaxe, que por outro lado non atende á realidade, de que a enfermeira é xorda aos diferentes acontecementos que rodean á persoa en cada momento. Vemos como cada vez máis a enfermaría forma parte de movementos sociais, ecolóxicos reivindicativos, por entender que estas esferas están influenciando no benestar do individuo.



Figura 175. Cofia, xiringa e cruz: imaxe popular da enfermaría

Fonte: Red pacientes (redpacientes.com, 2013)

Mentres non respectemos á imaxe da muller, polo mero feito de ser muller, non imos respectar a imaxe da enfermeira. Isto fai que os profesionais da enfermaría deban tomar conciencia e parte activa traballando polos dereitos da muller, aínda que só sexa egoistamente, pois tamén estará loitando polos seus dereitos como profesión.

Resulta preocupante a imaxe da enfermaría difundida nos medios, como filmografía, cómics, carteis ou chistes, onde se presenta ás profesionais da enfermaría como promiscuas, viciosas á vez que exentas de toda profesionalidade, atendendo outros coidados non especificados no deseño curricular profesional.

Como queda patente no capítulo quinto deste traballo, a primeiros do século XX e durante máis de medio século a imaxe social da enfermeira é maternal e

cuasirelixiosa, ofrécese como garante de saúde, durante máis de medio século presentábase nos folletos e anuncios, nos masmedia e mesmo no envoltorio de determinados produtos, latas de pemento, xaropes, licores e elixires, dando fe coa súa presenza das bondades e marabillas dos produtos nos que aparecía a súa imaxe. Nos anos 70 chega a través do tebeo o personaxe de “Doña Tecla Bisturín Enfermera de postín”, con este personaxe observamos o estereotipo da enfermeira, que está ás ordes do médico, despistada, e interesada máis pola lectura de novelas, que pola atención aos usuarios ou nas prácticas que lles realiza, amosa un sistema biomédico no que a enfermeira presta os seus coidados sen interesarse en absoluto o que o enfermo poida pensar ou dicir. Así chegamos á imaxe erótica festiva que se nos presenta a partires da década dos 80 e que chega até nosoutros froito dun mercado, alleo ao mundo dos coidados, e no que a imaxe profesional queda bastante mal parada.

Isto ven amosar dunha forma bastante clara, como a imaxe social da enfermeira se foi degradando, recaendo en boa parte a responsabilidade nos propios profesionais que rin estas grazas, non caendo na conta de que están contribuindo á proxección e consolidación dunha imaxe frívola e baldeira de valores totalmente allea á disciplina enfermeira.

Pasouse da imaxe de ser profesional dos coidados, como garantas de saúde, harmonía e estabilidade a ser o centro morbos e animadores de botellóns, bacanais e orxías. Vemos esta situación como algo “normal”, no mundo banal e frívolo no que estamos a vivir, onde o que vende é a imaxe do individuo ligada a súa condición sexual. Consideramos, a risco de ser tachados de reaccionarios, que esta imaxe non debe de ser consentida e menos propiciada polos profesionais da enfermaría.

A imaxe e maila linguaxe van en moitas ocasións unidas, pois a palabra é creadora de mundos e imaxes que toman forma real no medio no que nos movemos. No noso país contamos con grandes eruditos destas creacións, entre os que podemos citar, por dicir algún, a Álvaro Cunqueiro, fabulador que deu vida a senlleiros personaxes, Wenceslao Fernández Florez ou o Nobel Camilo José Cela por citar algúns. Moitos dos seus personaxes confórmanse a semellanza de persoeiros reais e viceversa, así funciona a imaxe contada e a súa repercusión e importancia na vida de cada día. Coa palabra creamos moito máis do que nos decatamos.

6.8. Importancia da linguaxe empregada

Resulta imprescindible para o futuro dos coidados ter presente como punto de partida a linguaxe, co gallo de que a comunicación sexa fluída e bidireccional tanto na relación profesional - usuario como na profesional - profesional.

Para a enfermaría a cuestión da linguaxe leva implícitas dúas facetas. A primeira delas supón unha relación entre profesionais e usuarios. Esta relación supón o coñecemento da cultura destes por parte dos dadores de coidados. Os profesionais da enfermaría, como quedou visto, teñen que coñecer a linguaxe utilizada polos usuarios, cos seus significados e os seus significantes mailas interpretacións, sexan da mesma cultura ou non. Falar no seu propio idioma (o idioma materno que é o máis próximo por ser o dos sentimentos) sen empregar unha metalinguaxe técnica, ao igual que compartir tempo co usuario, fai que a enfermaría sexa máis achegada a súa realidade. Se os profesionais non coñecen a cultura do usuario, non poden cumprir con esta premisa. Incardinada esta idea coa mensaxe de Darriba (1999), non podemos deixar de ver a linguaxe como un sistema de comunicación que nos permite intercambiar ideas, sentimentos e mais experiencias. Cada unha das palabras da linguaxe, ten como mínimo dous significados; un significado obxectivo desa palabra (o que nos di o dicionario) este é aséptico a vez que universal, e o outro significado é subxectivo (vai ligado as vivencias, aos sentimentos de cada persoa). Isto quere dicir que cada palabra ademais do significado formal, xenérico, que todos coñecemos, presenta outra interpretación que é única de cada cultura e mesmo de cada persoa, por ir ligada ás vivencias que cadaquén relaciona con esa palabra, as imaxes, recordos ou sentimentos que lle evoca.

Por outra banda, unha segunda cuestión lingüística é a referente á linguaxe que empregan os profesionais da enfermaría cos seus iguais. No momento actual, emprégase unha linguaxe técnica, prestada da profesión médica, o que incide no propio detrimento da enfermaría como disciplina. A enfermaría ten que proporse a utilización dunha linguaxe científica propia a fin de proxectarse de cara aos propios



Figura 176. O home fai a linguaxe e a linguaxe fai ao home

Fonte: Cognición (luisafercognicion, 2016)

profesionais e aos doutras disciplinas da saúde (xa vimos que se están a dar algúns intentos). Os profesionais precisan sentir esta necesidade, comezar a empregar a propia linguaxe, melloralala e afianzala. Consideramos que namentres a enfermaría non utilice unha linguaxe propia, non estará consolidada como tal disciplina.

Xa vimos, no capítulo correspondente, como a comunicación era un punto de gran importancia para os usuarios, e nesta xoga un papel principal no referente a comunicación verbal o idioma utilizado, polo que debe de ser un dos lugares de partida, para establecer unha boa comunicación fluída e multidireccional entre profesionais e usuarios.

No capítulo catro xa fixemos notar a énfase que pon Darriba (1999) sinalando que cada cultura posúe unha linguaxe propia, esta, deriva da utilización das metáforas (tamén propias) desa cultura específica e máis da súa aplicación. Fóra desa cultura e dese espazo poden non ser comprendidas e incluso adquirir interpretacións diferentes. Isto, levado ao mundo dos coidados que nos ocupa, resulta de gran importancia dado que a linguaxe entendida e vivida, debe ser punto básico e primordial para poder ofrecer uns coidados de calidade que enmarquen os obxectivos holísticos dos que estamos a falar neste estudo.

Máis próximo culturalmente, temos o caso do relato “*Si eu fose autor*” de Castelao:

Se eu fose autor escribiría unha peza en dous lances. A obriña duraría dez minutos nada máis.

Lance primeiro.

Érguese o pano e aparece unha corte aldeá. Enriba do estrume hai unha vaca morta. Ao redor da vaca hai unha vella velliña, unha muller avellentada, unha moza garrida, dúas rapaciñas bonitas, un vello petrucio e tres nenos loiros. Todos choran a fío e enxoitán os ollos coas mans. Todos fan o pranto e din cousas tristes que fan rir, ditos paifocos de xentes labregas, angurentas e cobizosas, que pensan que a morte dunha vaca é unha gran desgraza. O pranto debe ter unha graza choqueira, para que estoupen de risa os do patio de butacas.

E cando se farten de rir os señoritos baixará o pano.

Lance segundo.

Érguese o pano e aparece un estrado elegante, adobiado con moito señorío. Enriba dunha mesa de pés ferrados de bronce, hai unha bandexa de prata, enriba da bandexa hai unha almofada de damasco, enriba da almofada hai unha cadelíña morta. A cadela morta semellará unha folerpa de neve. Ao seu redor chora unha fidalgona e dúas fidalguiñas novas. Todas elas fan o pranto e

enxoitan as bágoas con paniños de encaixe. Todas van dicindo, unha a unha, as mesmas parvadas que dixeron os labregos diante da vaca morta, ditos tristes que fan rir, porque a morte dunha cadela non é para tanto.

E cando a xente do galiñeiro se farte de rir a cachón, baixará o pano moi a modiño. (Castelao, 1994, pp. 50-51)



Figura 177. As palabras posúen significado e significante

Fonte: Coaching para el día a día (Del Campo Villares, 2009)

Tivemos ocasión de ser receptores da demanda que realizan os usuarios do uso e utilización da palabra. A palabra debe ser utilizada con fins terapéuticos, ao igual que fixeron os nosos antepasados profesionais. Este uso da palabra vai ligado directamente ao emprego do mesmo idioma e á vez ao coñecemento da propia idiosincrasia do usuario. Tamén puidemos recoller a demanda dos usuarios para que os profesionais falen no seu idioma materno ou sen empregar unha linguaxe técnica, iso fai que a enfermaría estea máis cerca do usuario.

A esencia da existencia e visibilidade da enfermaría está asentada na linguaxe ao igual que os pobos se asentan na súa lingua. A desaparición da linguaxe dun pobo, dunha colectividade ou o seu desuso, supón a desaparición do grupo como identidade diferenciada ou a súa non existencia.

Segundo Boff (1999), cada vez que se pronuncia a palabra é creado un universo, facendo que a palabra pronunciada tome corpo e forma, transcendendo o mundo do pensamento, materializándose e manifestándose fisicamente. Necesitamos porén, segundo este autor, desentrañar a riqueza oculta das palabras, que nacen no interior dun nicho de sentido orixinario desenrolándose posteriormente outras significacións, mais o menos afíns, como ocorre coa palabra “coidado”.

As linguaxes técnicas son empregadas especificamente por persoas que comparten unha actividade especializada. Este modo de linguaxe ten unha consecuencia definitoria e diferenciadora do grupo que a emprega co resto da poboación. En moitas ocasións ten como obxectivo o hermetismo profesional ou inclusive un afán diferenciado como grupo. Na cultura popular podemos encontrar múltiples exemplos, entre eles o barallete, linguaxe empregada polos canteiros, a linguaxe médica, e nas últimas décadas falase dunha linguaxe enfermeira NNN (Nanda Noc Nic). Esta última pretende ser una linguaxe específica na que poder describir dun xeito científico o proceso dos coidados da enfermaría como profesión diferenciada doutras disciplinas sanitarias. Consideramos que esta linguaxe debería ser asumida pola profesión enfermeira, adaptala e melloralala. A súa importancia ven dada pola necesidade de reforzar a propia identidade profesional, a súa utilización pode darlle á profesión máis recoñecemento e autonomía, e sobre todo unha maior visibilidade dentro do sistema sanitario. Segundo se recolle nun estudo realizado no Hospital Universitario de Son Espases en Palma de Mallorca por Antonia Palou

“o emprego da linguaxe estandarizada percíbese -polos profesionais- como unha oportunidade de unificar criterios, desenvolver a disciplina enfermeira, e identificar un campo propio de coñecemento ... un modelo de comunicación ... beneficioso para unificar os coidados e deixar constancia do traballo realizado ... pero non o integran nos coidados do usuario porque non se emprega no contexto institucional, teñen múltiples cargas de coidados. A implicacións das institucións, a simplicidade das ferramentas e a profesionalización da enfermeira favorecerían o emprego das taxonomías e do Proceso de Atención de Enfermaría, e en consecuencia a calidade dos servizos de coidados enfermeiros.”
(Palou, 2016)

As/os profesionais da enfermaría miran para esta linguaxe como algo impostado e imposto, sen utilidade máis que para fiscalizar e controlar o traballo cotiá dos profesionais e medir o seu rendemento. Son os líderes e xestores os que teñen a responsabilidade de formar aos profesionais e conseguir que comprendan a importancia e as repercusións profesionais da utilización dunha linguaxe científica común a toda a profesión.

Decatámonos, ao facer a análise do material recollido no traballo de campo, da gran relevancia que ten algo tan simple como a linguaxe empregada de xeito cotiá (tanto cos usuarios como co resto dos compañeiros) chegando a considerar firmemente que reside nela unha das claves de diversas actitudes que só se fan visibles dende esta manifestación. Incluso podemos ir máis lonxe, afirmando que para que se cambien as actuacións e actitudes pexorativas sobre a profesión enfermeira é preciso cambiar a linguaxe que consideramos perniciosa, dado que a través dela manifestase e ratifícase a presenza, de xeito máis ou menos subliminar, dos vellos patróns que se tratan de erradicar.

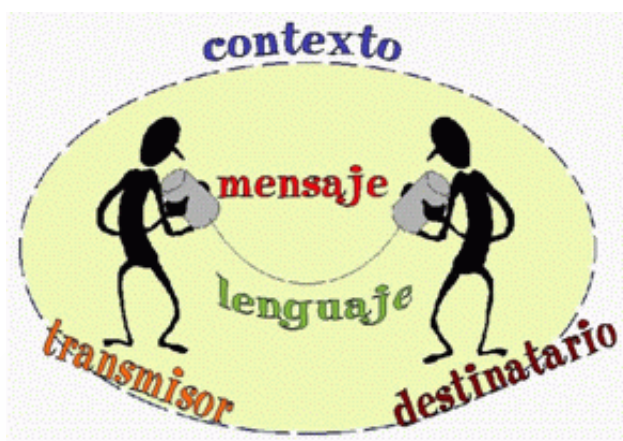


Figura 178. Compoñente da comunicación

Fonte: Fundamentos de investigación (fundinveq8.blogspot.com.es, 2011)

O cambio na linguaxe debe de ir parello ao resto das actuacións que se poidan levar a termo co gallo de realizar un cambio na actual situación. A linguaxe exerce como elemento cultural que perpetúa o establecido.

Noutra orde de cousas, parécenos de gran importancia empregar a linguaxe materna do individuo ao que nos diriximos, se queremos chegar a un alto grao de coidados culturalmente competentes e que os nosos coidados sexan holísticos. Estaremos actuando a uns niveis cerebrais que se escapan ao raciocinio do individuo e que forman parte da sedución, apelando a súa identidade individual, facendo que se sinta un ser único e non un máis. Escoitamos dicir a Xulio Xiz Ramil (amigo e mestre da comunicación, creador e codirector de Televisión Lugo na década dos 90, entre outras actividades) que el tiña tres linguas: *“a lingua formal na que estudou, a lingua materna que aprendeu no seu fogar e a lingua do corazón e dos sentimentos na que el fala”*. A enfermaría para estar á beira dos seus usuarios deberá falar na linguaxe materna do individuo e tratar de coñecer a linguaxe do seu corazón, porque ela ten poder curativo chegando ao máis fondo do ser do individuo.

Unha vez dentro do sistema sanitario os usuarios pasan a ser un número, dun xeito máis marcado canto máis distante está a atención que reciben do hábitat do seu clan, perdendo (debido ao fenómeno da personificación) a súa propia personalidade que vai implícita no seu nome por una banda e mais a súa lingua por outra. Puidemos constatar como esta é unha das manifestacións que fan os usuarios, cando refiren que a “súa enfermeira/o” na AP os coñece polo seu nome, cousa que non acontece na AE onde perden a súa personalidade e mailo seu nome cando os profesionais se refiren a eles como un número ou unha patoloxía, “o dous centos tres A” ou a “pielonefrite”. A súa enfermeira de AP coñece o seu nome de pila e incluso o chama utilizando o apelativo familiar (está utilizando neste caso a linguaxe materna que chega ao seu corazón). A enfermeira de AP está inmersa no universo do usuario, interesase por este, fala e entende a súa linguaxe. Na AE non se dá esta circunstancia, p profesional non se decata de que a base ansiosa que pode presentar o individuo na súa patoloxía pode residir neste feito. Estas circunstancias ademais de ser constatadas na información recollida no traballo de campo, podemos velas reflectidas no filme “Patch Adams” dirixido por Tom Shadyac. (Shadyac, 1998).

Temos que aprender dos profesionais da publicidade e obsevar como, eles que son mestres da linguaxe persuasiva, empregan as diferentes linguaxes para conseguir os obxectivos propostos.

Unha importante firma comercial galega, está a facer unha campaña publicitaria, na que recorre a identidade dos seus clientes, neste caso apela a súa identidade como pobo diferenciado, e convidaos seus a “vivir como galegos”. Os anuncios publicitarios que se exhiben nos masmedia, están falándolles aos individuos directamente, do seu clan coas súas sinais identitarias e diferenciadas dos outros. Este é o tipo da linguaxe que se debe empregar na profesión enfermeira cando tratamos de que os usuarios modifiquen actuacións e condutas. É aí onde fracasan moitas campañas de saúde, en non chegar aos sentimentos do usuario. Non todo se consegue amosando os males duns hábitos e as bondades doutros novos, para que o cambio se produza debe utilizarse a linguaxe dos sentimentos dos usuarios.



Figura 179. A linguaxe perniciosa

Fonte: Pascual Serrano blogspot (Serrano, 2014)

A linguaxe habitual fala da enfermmería como unha profesión subalterna. Hai que estar atento e detectar estas verbas coa finalidade de comezar a mudalas, a responsabilidade recae en primeiro termo en todos e cada un dos profesionais de xeito individual.

Imos sinalar aquí só algúns exemplos, de vocablos, frases ou mesmo actitudes que deben ser eliminados da linguaxe das/os enfermeiras/os por ser sustento do mantemento da estrutura do sistema biomédico, deixando implícita ou explicitamente un sometemento aos que se encontran no chanzo superior da pirámide e marcándolles unha posición de inferioridade ao resto dos actores que forman parte da estrutura :

- *Pacientes*. Ningunha persoa debe de ser chamada, nin selo polo feito de enfermarse ou empregar os servizos de saúde. Nalgunha ocasión, algúns movementos que rexeitaban esta voz, comezaron a chamarlles clientes, termo que consideramos moi mercantilista. Na busca dun apelativo, a poder ser non cualificativo e que estea exento de cargas pexorativas que impliquen condena, inferioridade ou anulación da liberdade do individuo humano, nosoutros tomamos a alternativa de nomealos: *usuarios*; termo este que non leva máis connotacións que a de facer uso dos servizos de saúde, neste caso concreto de enfermaría. Este será un primeiro elo para que os usuarios aos que diriximos as nosas actuacións poidan estar en igualdade de condicións, dentro do actual sistema paternalista, sen que se vexan abocados a ter paciencia tanto cos profesionais como co sistema.

- *Ordes médicas*. En vez deste termo, que indica superioridade da disciplina médica sobre as demais disciplinas que traballan cos usuarios, pódense empregar termos como: *prescricións médicas* ou *recomendacións médicas* ou *pautas médicas*. Recentemente decatámonos que nas ferramentas dixitais (GACELA e IANUS) de onde foran erradicados estes ítems, volven a aparecer con toda a súa prepotencia, sinal de que o colectivo médico non se vai conformar con abandonar a súa linguaxe e tratará de adaptalo ás novas tecnoloxías, que nun principio naceron máis asépticas no que a linguaxe se refire.

- *Funcións delegadas*. Parécenos que quedou claro que as funcións son ou non propias da enfermaría. Se a enfermaría realiza funcións alleas, está cometendo intrusismo profesional. Polo tanto este termo debe desaparecer da linguaxe, dado que a enfermaría non é un comodín da dirección cando outras disciplinas non realizan o seu cometido.

- *Imos chamar ao médico, voulle preguntar ao médico*. Estes termos supoñen ignorancia sobre o que se está facendo, falta de formación ou inferioridade (debendo de facerse o que diga o médico). Dado que en moitas ocasións debemos de contar ou

coñecer a súa opinión os termos correctos serían: *imos ou vouno derivar ao médico*.

- ... *é a enfermeira do doutor MB, o meu médico é o doutor MB, ou a miña enfermeira é RB*. Estas expresións, fan referencia a que o persoal de enfermmería é propiedade ou esta baixo a xerarquía dun médico. Ningún médico é propiedade dunha enfermeira nin ningunha enfermeira o é dun médico. A relación que manteñen é profesional, sen que sexa superior un o outro. Os profesionais de enfermmería deben evitar que se utilicen estas expresións; en troco, deberá dicirse o médico que traballa comigo, o meu compañeiro, empregando sempre termos de igualdade.

- *Practicantes, auxiliar ou ATS*. Estas denominacións que se dan aos profesionais ademais de obsoletas non se axustan as funcións da profesión enfermeira no momento actual. Os profesionais de enfermmería deben ter claro que non son axudantes nin auxiliares de ninguén, son enfermeiros. Esta é a denominación que debemos empregar e esixir para nomear aos profesionais.

- *Mandouno o médico, así dixo o médico que se fixese, iso é cousa do médico, pregúntello ao médico* ou outras frases deste xeito que refiren os informantes usuarios lles deron profesionais da enfermmería cando pediron unha explicación a algo, tamén puidemos escoitalas na observación participante, son frases feitas utilizadas polos profesionais de enfermmería, como xa plasmamos no capítulo terceiro, que levan unha gran carga de autodesautorización. Cando o persoal de enfermmería utiliza estas expresións dá a imaxe de eludir responsabilidades, está desautorizándose diante dos usuarios, así é percibido por eles. Polo tanto, estes enunciados deben eliminarse e utilizar outros como: *O médico considera que ..., así é como temos establecido por protocolo*, ou *imos pedir a opinión do médico*.

- A desautorización que se fai de terceiros, ou a que lle fan aos profesionais de enfermmería diante dos usuarios é unha situación lingüística importante. Tanto que se faga esta práctica aos profesionais sanitarios doutra disciplina (ao médico, esta é menos frecuente) como da mesma disciplina (outras enfermeiras/os), ou dunha orde xerárquica considerada inferior (auxiliar ou celador, estas dúas son máis frecuentes xunto coas que recibe o persoal de enfermmería por parte dos médicos). Debemos ter presente que cando se desautoriza a alguén, a persoa que o fai é a primeira que perde creto. As explicacións aos usuarios deben ser claras e pertinentes, de forma intelixible para as persoas ás que nos diriximos, tanto sexan usuarios como profesionais, para isto non se precisa facer crítica destrutiva da actuación de terceiros. Do que se trata é de reforzar a confianza que os usuarios depositaron nos profesionais de enfermmería, non entra dentro dos obxectivos crear dúbidas ou perder a credibilidade de quen fala. Por tanto, non se debe desautorizar a ningún profesional, nin tampouco ningún profesional debe consentir que o desautoricen a el.

- *As connotacións sexistas.* Sexa cal sexa a forma de linguaxe empregado non se deben consentir e trátanse de erradicar da linguaxe enfermeira tódalas connotacións sexistas, expresións ou palabras que induzan a elo, dado que socialmente a muller continúa a ser inferior, segundo a concepción do pensamento cultural. Para romper esa estrutura non debemos ser tolerantes en absoluto con este tipo de representacións. Defendendo os dereitos da muller defendemos os da profesión enfermeira.

Todas estas frases e actitudes teñen que desaparecer da linguaxe enfermeira e mesmo da conciencia dos profesionais.

Estes cambios na linguaxe que propomos, van xerar un cambio na estrutura do pensamento, por tanto, un cambio na concepción da profesión enfermeira e na forma de ver a enfermaría como unha profesión autónoma, tanto nos profesionais como no resto da cidadanía. Este vocabulario vai influír en primeiro termo na autoestima dos profesionais, e en segundo, socialmente créase esa idea e imaxe de autosuficiencia e autonomía da disciplina enfermeira.



Figura 180. As palabras poden crear e destruír.

Fonte: Di no violencia(dinoviencia.blogspot.com.es, 2013)

Non abonda con ser conscientes, debemos introducir os cambios dos vocablos na linguaxe cotiá que se consolidará e xurdirá máis adiante de forma espontánea ao tempo que son propiciados os cambios actitudinais. Non esperemos ver estes cambios materializados da noite para a mañá, pero podemos ter seguro que sen o cambio no rexistro lingüístico dos profesionais non se verán as mudanzas nos coidados, por moito interese que se poña a endoculturación presenta unha resistencia importante.

6.9. Descoñecemento e importancia das dimensións cultural, social, económica e política á hora de exercer os coidados

Os diferentes dominios que estamos a citar exercen o seu influxo nos coidados dun xeito interrelacionado e están inseridos ou marcados pola presenza da cultura, como un gran caixón no que todos os demais eidos se depositan e da que teñen total dependencia. O xeito de concibir, sentir e mesmo vivir depende da cultura de cada

sociedade e de cada momento en particular. Sabemos que a cultura é a grande descoñecida pola súa omnipresencia, calidade esta que a fai invisible as máis das veces, facendo que esquezamos a súa importancia e mesmo a súa presenza.

No sistema sanitario que temos no Estado español trabállase tratando aos usuarios como pacientes - clientes (tanto nas institucións públicas como nas privadas). Non se dá o paso de identificar e comprender as características individuais dos usuarios cos que se traballa na practica clínica cotiá, nin se teñen presentes os valores dos coidados culturais, as crenzas ou as formas de vida das persoas, sexan de culturas semellantes ou diferentes. O sistema está inmerso nun etnocentrismo, pensando que só o sistema biomédico é o adecuado e pertinente (Casabona & Lillo, 2006, p. 84)

Os profesionais dos coidados non son conscientes desta situación, aínda que dalgún xeito a intúen. O persoal enfermeiro, na súa maior parte, non coñece as teorías das competencias culturais da profesión enfermeira. Con todo, algúns dos paradigmas que conteñen estas teorías, son aplicados máis por empatía que por aprendizaxe teórico. Os profesionais da enfermaría saben que estar cerca dos seus usuarios resulta importante para o bo desenvolvemento e o éxito do traballo a realizar con eles. Tamén saben que o seu obxectivo non é combater unha enfermidade senón que está na busca do benestar do individuo a quen se dirixen os coidados, independentemente do seu estado de saúde biolóxica, que si ben é certo resulta de importancia, non é o único obxectivo da disciplina enfermeira.



Figura 181. Etnoenfermaría

Fonte: Teorías Fundamentos site (teoriasfundamentos, 2015)

No desenvolvemento do traballo de campo tivemos ocasión de que os profesionais nos relataran (tamén puidemos observar) como realizan o seu cometido de coidar. Chamounos a atención que aínda dándose un descoñecemento teórico por parte dos profesionais en relación cos coidados culturais, na práctica adoitaban empregalos de

xeito natural, non deixando constancia de elo no rexistro das actividades, dado que estaban traballando deste xeito sen darse conta da importancia desta forma de aplicar os coidados. Algúns conceptos de coidados culturais, quizais os máis simples, non están presentes por descoñecemento desa importancia e por considerar que non forman parte das súas actividades. Estas circunstancias, entre outras, lévanos a aseverar que os coidados enfermeiros malia impartilos dentro do sistema biomédico contemplan parte dos coidados culturais por propia natureza da enfermaría e non do sistema. Cando á enfermaría se lle dá a oportunidade de xestionar minimamente os coidados, emerxe de forma espontánea a parte humanística e mailo holismo dos usuarios.

Podemos dicir que a enfermaría “sufre” o modelo biomédico tanto como o propio usuario, esta é unha das razóns polas que a enfermaría debe deixar de estar sometida a outra disciplina coa que só ten en común contar cos mesmos usuarios.

Como xa apuntabamos no capítulo segundo, os coidados de enfermaría están suxeitos ás dúas regras da cultura, a universalidade e a particularidade, pois tódalas culturas contemplan os coidados, á vez que cada cultura define como deben ser, quen os debe exercer ou onde. A cultura vai ser a ferramenta que empregue a enfermaría para poder detectar as incongruencias dunhas prácticas hexemónicas e paternalistas que se veñen realizando no marco do sistema sanitario, así como nas universidades e noutros centros de formación dos sanitarios.



Outra das razóns para ter ben presente a cultura no deseño curricular da enfermaría, reside no momento actual que estamos a vivir e que moitos deron en chamar “era da globalización”. Non se pode negar a diversidade cultural dos usuarios e das comunidades, que ven dada por múltiples circunstancias que fan ao mundo máis pequeno, entre elas citar o gran movemento de individuos con facilidade e rapidez, debido as novas tecnoloxías, transportes e comunicacións.

Figura 182. M. Leininger

Fonte: Teorías Fundamentos site (teoriasfundamentos, 2015)

Consideramos que este motivo é un máis polo que deben ser rexeitados os modelos que procuran unha homoxeneización lesiva para as persoas, atribuíndolles uns valores que poden provocarlles dor, resentimento e desintegración social. *“O aumento de pacientes estranxeiros, comunitarios ou non, implica coidados de saúde, coidados de enfermaría especiais”* (Lillo, 2005).

No caso que nos atinxe en referencia a poboación estudada, a día de hoxe, o mesmo encontramos diversidade cultural no medio rural que no medio urbano *“debido á presenza de individualidades de moi dispares culturas, pertencentes a distintas clases sociais, relixións, rexións e mesmo grupos étnicos con diferentes comportamentos, pensamentos e experiencias sobre a enfermidade, a saúde ou as formas terapéuticas ... estas particularidades non proveñen das diferenzas biolóxicas pero si das diferenzas socioculturais, se temos presente que todos teñen unha cultura propia dámonos conta que é esta calidade a que determina esas particularidades”* (Langdom & Wiik, 2010, p. 178). Por citar un exemplo, no Concello de Becerreá está asentada, de forma estable no tempo, un número importante de homes oriúndos de Portugal, familias procedentes de Romanía e familias chegadas de Marrocos, todos eles coas súas diferentes culturas conviven cos naturais da bisbarra dos Ancares lucenses. Evidentemente os coidados teñen que adecuarse as diferenzas de cada un destes usuarios.

Xa apuntamos no capítulo segundo que o interese da enfermaría vai máis alá da enfermidade biolóxica (*disease*), interesándose en descubrir a natureza do padecemento (*illness*) do usuario e das súas connotacións sociais (*sickness*), realizando unha análise dende unha perspectiva *émica* aplicando a cosmovisión de cada individuo sobre os paradigmas saúde, enfermidade, morte e sistemas de coidados. Isto vai dar como resultado que na aplicación dos coidados teñamos unha visión diferente da que nos ofrece o modelo bioloxicista.

A disciplina enfermeira aborda os coidados da saúde dende a perspectiva antropolóxica, cun enfoque cultural, razón pola que naceu a Enfermaría Transcultural, a fin de poder *“proporcionar coidados de enfermaría culturalmente congruentes, sensibles e competentes as persoas de diferentes culturas”*. (Leininger, 1995)

Os profesionais da enfermaría son os encargados de facer de ponte entre os médicos e os usuarios. Este labor leva consigo transmitir, interpretar ou traducir a linguaxe e a significación popular ao médico. Por outra banda, facer de tradutor da linguaxe técnica empregada polo médico e transmitirla aos usuarios (ben é certo que estas situacións cada vez danse menos, e non son tan frecuentes). A enfermaría, popularmente vese como unha ponte que une o mundo dos usuarios co dos médicos. Esta situación ten que desaparecer, a enfermaría ten que traballar para que o sistema sexa máis humanitario non so dende o prisma da súa disciplina senón de todo o sistema.

Neste momento da evolución dos coidados de enfermaría, planéase a aplicación no mundo dos coidados do Proceso de Atención de Enfermaría (PAE). Esta metodoloxía permite aos profesionais prestar os coidados que demandan os usuarios: persoa, familia e a comunidade, coa novidade de que se realizará dunha forma estruturada, homoxénea, lóxica e sistemática. O proceso resulta doado e consiste na aplicación do

método científico á praxe enfermeira. Recoñecemos as imperfeccións que presenta o proceso, pero de non aplicarse a enfermaría non avanzará cara a unha mellor e máis axeitada forma de dar os coidados como se require no momento presente.

Este proceso leva inherente a realización duns diagnósticos de enfermaría que atinxen aos coidados, estando perfectamente diferenciados dos diagnósticos médicos. Posteriormente realízase a planificación das diferentes accións dos profesionais e o rexistro destas actividades. Este proceso pode empregalo a enfermaría para achegarse á cultura de cada usuario, dun xeito consciente e así tratalo na súa individualidade. Esta metodoloxía ten como vantaxe facilitar a visibilidade do traballo enfermeiro que se está realizando, garante a calidade comparativa, pero quizabes pódese prestar a unha homoxeneización ou estandarización das intervencións a realizar polos profesionais. Resulta positivo no senso en que proporciona as bases precisas para a investigación baseada na evidencia científica. É certo que a enfermaría xa realizaba unha valoración da situación dos seu usuarios, planificaba e realizaba as intervencións precisas para acadar un estado desexable do usuario e posteriormente realizaba unha avaliación dos procedementos; tamén temos que dicir que non realizaba uns diagnósticos nin os rexistros adecuados de todo o proceso, polo que carecía de validez científica por non realizarse cunha metodoloxía adecuada, utilizando as fórmulas do empirismo seguindo o modelo ensaio–error.



Figura 183. O Proceso de Enfermaría forma parte dunha atención holística

Fonte: Elaboración propia a partir de slideshare.net/licgenaro/proceso-enfermeria-2011
(Chanco Mendoza, Genaro, 2011)

Ao noso parecer, o PAE debe de ser a base para aplicar uns coidados culturalmente competentes si se realiza dun xeito adaptado a cada comunidade na que se aplica.

Tanto no caso do PAE como da Taxonomía enfermeira NANDA, NOC, NIC, os líderes da profesión e os xestores/as non están sabendo transmitir a necesidade da súa utilización, impoñena como unha metodoloxía de traballo, polo que conta co rexeitamento dos profesionais de base que consideran que as súas cargas de traballo aumentan en detrimento da atención directa ao usuario, pasando máis tempo diante do ordenador. Por outra banda, a formación que realiza o SERGAS a través do FEGAS, xa o vimos no capítulo correspondente, en lugar de incentivar aos profesionais que realizan a formación (de xeito voluntario) algúns dos formadores demostran unha escasa capacidade docente pondo aos alumnos atrancos que non veñen ao caso e sen resolver dúbidas, máis ben humillando aos que se atreven a realizar preguntas ou cuestionar algo das súas ensinanzas. Estas actitudes prepotentes levan a que unha vez realizada a formación os profesionais non pasan a practica os coñecementos adquiridos, ao que se xunta a falta de incentivos e de escaseza de recursos humanos para a implantación deste procedemento que reviste moita importancia, tanto para os usuarios como para a enfermaría como profesión.

Segundo Casabona e Lillo (2006) sería desexable que os profesionais xestores de enfermaría tomaran conciencia das peculiaridades dos usuarios cos que traballan, así como da importancia do éxito da implantación desta metodoloxía de traballo, só así serán capaces de tomar decisións e intervir cunha planificación sanitaria que teña en conta os valores dos coidados culturais, para así obter resultados beneficiosos e satisfactorios no que se refire a calidade asistencial global que perciben os usuarios. Deberían proporcionar os recursos humanos precisos para elo, pois non abonda con por en marcha unha formación, da que falamos no momento correspondente.

Unha vez observadas estas deficiencias a nosa proposta concreta sobre este tema consiste en realizar a implantación do PAE en varias fases:

1ª. Concienciar á enfermaría de base da necesidade da visibilidade e porqué non se produce esta. Que os profesionais sintan a necesidade de liderar e levar a cabo o proxecto

2ª. Formación no proceso do PAE, os pasos a seguir para aplicalo e máis a súa linguaxe, para empregalo dun xeito adecuado.

3ª. Poñela en practica en cada unidade de enfermaría. Contar con persoal específico de apoio en cada unha delas ao igual que se fixo con outros proxectos que se implantaron con anterioridade.

4ª. Contar cuns profesionais de referencia que continúen orientando e traballando coa enfermaría de base e que á vez poidan avaliar, de xeito construtivo, a implantación

do proceso e axudando a solucionar os problemas que vaian xurdindo. Unidade de seguimento.

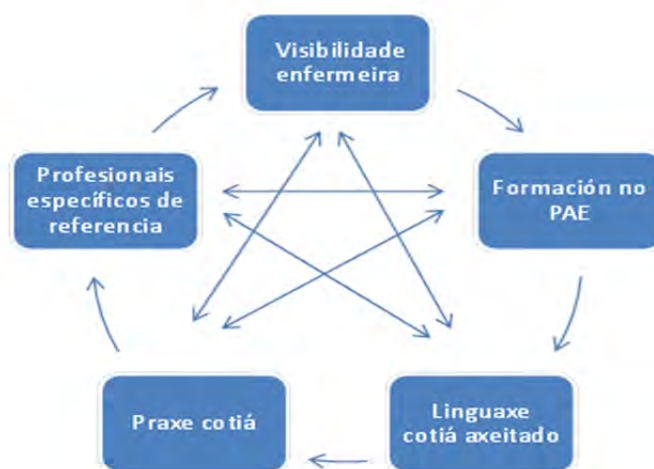


Figura 184. Ciclo para a visibilidade enfermeira

Fonte: elaboración propia

Pasando a outra esfera cotiá, en moitas ocasións escoitamos a profesionais da enfermaría afirmar con énfase que non lles preocupa a política, non queren saber nada dela ou que son apolíticos, como se o ter unha opinión política estivese vetado por algunha norma non escrita do código deontolóxico da profesión. Quizais hai unha confusión aquí, pois o código deontolóxico da enfermaría o que establece é que se deben prestar coidados sen ter en conta a ideoloxía relixiosa, política ou a cultura dos usuarios dos servizos de enfermaría.

As/os enfermeiras/os deben de opinar politicamente e exercer como individuos políticos, dado que a política é unha esfera que está influíndo na saúde dos individuos a enfermaría debe estar presente nesas tomas de decisións e na creación das lexislacións que atinxen a saúde en xeral e aos coidados en particular. Non deberían ser individuos alleos á profesión os que determinen como se levarán a cabo as actuacións enfermeiras. A finais do 2015 puidemos observar dun xeito escandaloso como no caso da *"Prescripción Enfermeira"*, foron outros estamentos alleos á enfermaría os que tomaron as decisións políticas, promulgando un Real Decreto prexudicial para os usuarios, sometendo á profesión enfermeira ás decisións dos médicos. Se os profesionais de enfermaría estivesen presentes nos máis altos estamentos políticos, de ben seguro que este Real Decreto non vería a luz nos termos que se publicou.

Debemos esquecer as imaxes pretéritas da profesión e pensar que a día de hoxe, parafraseando a Eva Duarte de Perón, “a enfermmería non é caridade. A saúde do noso pobo é xustiza social.” (Goyeneche, 2014). Polo tanto a enfermeira debe de tomar parte nas decisións non só técnicas se non tamén políticas, coa finalidade de mellorar a calidade de vida dos cidadáns.



Figura 185. Nos tempo pretéritos a imaxe da enfermeira identificábase co silencio.

Fonte: Elaboración propia



Figura 186. A enfermeira ten que ser a voz dos que non a teñen.

Fonte: Salud Extremadura (Rodríguez Llanos, 2010)

Podemos observar claramente como as dimensións cultural, social, económica e política no caso dos coidados de enfermaría conxúganse e deben ir xuntas para traballar en prol do ben do usuario, se algunha destas dimensións falla o procedemento vai estar eivado e non chegará a termo. Os profesionais de enfermaría deben ter presente que os bos coidados no se exercen dende o silencio ou mirando cara outro lado cando se fala de eidos económicos, políticos ou sociais, exércense tomando parte deles como profesionais conscientes, coherentes exercendo de forma cívica a profesión enfermeira e defendendo os intereses daqueles que pola súa posición ou circunstancias non poden facelo.

6.10. Violencia na profesión enfermeira

Cando fixemos a análise do discurso dos profesionais enfermeiros/as e observamos o decalaxe coa praxe, decatámonos de que existe un problema importante sen resolver, e non se trata tan só dun sentimento de inferioridade (como consideramos

inicialmente) fronte a outros profesionais sanitarios que conviven e traballan ao lado da enfermaría.

A profesión, por unha banda, está falta dun exercicio de autoanálise, por outra, presenta unha falta de autoestima. No primeiro caso, non é capaz de facer unha análise e recoñecemento do que está facendo ben ou mal. No segundo caso, os profesionais flaxélanse continuamente sen ver os seus valores positivos, nin a importancia do seu labor que está eclipsado dentro do sistema sanitario polo modelo biomédico.

Os profesionais teñen que realizar un exercicio de autoanálise sobre a profesión e sobre as súas actuacións, así como do xeito de estar dentro da profesión, saber ate que punto queren autonomía ou en que medida está influíndo o modelo biomédico no seu desenvolvemento profesional.

A situación de incapacidade ou de inmovilismo que sofre a profesión en xeral e os profesionais en particular cremos que ven dada polas vivencias e as circunstancias dos profesionais dende o século XIX cando nace a enfermaría como profesión laica, sendo refundida por Florence Nightingale. Dende esa época planea sobre a disciplina unha cuestión de grande importancia, a enfermaría foi e continúa a ser unha profesión feminina e sometida a unha profesión masculina, como quedou demostrado anteriormente.

O maltrato psíquico faise máis agresivo cando a humillación é continuada, e cando á persoa humillada lle din que non vale nada, nin para nada. No caso das/os profesionais de enfermaría estas situacións xúntanse as da presión asistencial,



chegando a producilles trastornos psicosomáticos, que os levan a que cambien de servizo ou incluso de centro de traballo. Aquí está a explicación pola que se produce unha auténtica migración do persoal de enfermaría cara aos centros de AP, onde é máis independente do médico a hora de facer o seu traballo, e non se ven tan presionados pola disciplina médica ou os propios profesionais da disciplina enfermeira.

Figura 187. Non serves para nada

Fonte: El independiente (De la Rosa Zamora, 2016)

No discurso dos usuarios, puidemos observar como algúns apuntaban de xeito implícito, unha agresividade da disciplina médica sobre a enfermeira. No discurso dos

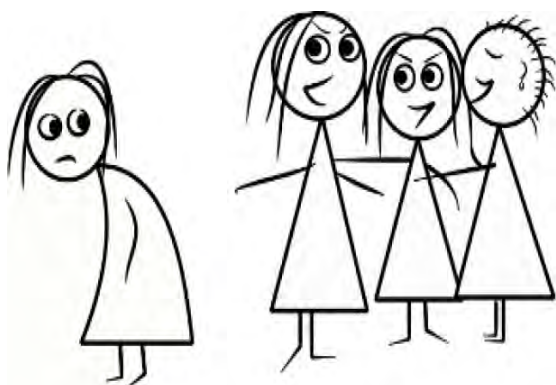
profesionais só se fai explícita esta situación por parte duns poucos profesionais e cando a verbalizan realízano “coa boca pequena”. Tamén relatan un trato diferente por parte dos médicos diferenciando o xénero, non é o mesmo a relación que teñen cun enfermeiro que cunha enfermeira. Os datos da nosa observación de campo tamén falan claramente dunha discriminación xenérica da enfermaría e a maiores desta, dunha discriminación sobre a enfermaría feminina. O que cabe preguntarse aquí é como se produce ese sometemento e se vai acompañado de violencia?

Todo acto de violencia baseado na pertenza ao sexo feminino que teña ou poida ter como resultado un dano ou sufrimento físico, sexual ou psicolóxico para a muller, inclusive as ameazas de tales actos, a coacción ou a privación arbitraria da liberdade, tanto se se produce na vida pública ou privada(Artigo 1 da Declaración sobre a Eliminación da Violencia contra a Muller. Nacións Unidas, 1994).(García, 2005)

Esta definición foi ampliada na publicación de Susana Velázquez, quen di que a violencia *“abrange tódolos actos mediante os que se discrimina, ignora, somete e subordina ás mulleres nos diferentes aspectos da súa existencia. É todo ataque material e simbólico que afecta a súa liberdade, dignidade, seguridade, intimidade e integridade moral e/ou física”*. (Velázquez, 2003)

A violencia por tanto pode presentarse en varias formas: física, psicolóxica, social, sexual ou económica. No caso que nos ocupa a máis frecuente é a violencia psicolóxica que, *“supón ameazas, insultos, humillacións, desprezo cara a propia muller, desvalorizando o seu traballo, ou as súas opinións. Implica unha manipulación na que incluso a indiferenza ou o silencio provocan nela sentimentos de culpa e indefensión, incrementando o control e a dominación do agresor sobre a vítima”*. (García, 2005)

En moitas ocasións como xa queda dito polos nosos informantes e podemos



observar como a violencia exercida contra as/os profesionais de enfermaría ven dende os propios profesionais, chegando ate límites insospeitables, que polo xeral se manifestan nun síndrome do queimado, pero como as/os xestores non chegan ao fondo, queda así encuberto o mal trato , máis alá do ninguneo.

Figura 188. A violencia na enfermaría tamén é exercida por iguais

Fonte: violencia familiar (Sarah, 2012)

Unha das situacións ás que pode dar lugar a violencia continuada foi descrita como o síndrome do escravo satisfeito. Un escravo é unha persoa á que se lle anula a súa liberdade. O escravo satisfeito está sometido a unha situación humillante continua, a un trato degradante que leva consigo a súa condición de sometemento a unha vontade allea á súa. O peor que lle pode suceder a un escravo é sentirse satisfeito e ate agradecido da vida que leva, ou polo trato que recibe, estamos a falar da *satisfacción do neurótico adaptado*, este non reflexiona sobre o futuro, reduce a complexidade da vida á satisfacción inmediata da rutina cotiá, trátase dun autoengano, dunha falsa filosofía do “*carpe diem*”.

O escravo satisfeito aumenta progresivamente a súa aceptación resignada pola súa condición de servo; unha condición que, coa súa repetición no tempo e a actitude do “aquí e agora” termina por pasar inadvertida para o propio individuo. Os mesmos sentimentos e xeito de pensar que se da nos individuos que sofren o *Síndrome de Estocolmo*, a persoa secuestrada establece un vínculo afectivo co seu secuestrador chegando a xustificar as actuacións deste, incluso pódose da súa parte.

A desgraza do escravo non está tanto nas formas da situación que sofre de cote en termos de maltrato, senón na asunción do pensamento do maltratador, que lle impide replantarse e/ou cuestionar o seu estado de submisión. Isto lévao a que acepte de forma acrítica as condicións de vida cunha pasividade resignada, sen sospeita de determinación para poder reverter a súa vida. Se ademais sumamos unha percepción de satisfacción polo trato que se lle ofrece en tanto que escravo, o individuo está condenado a vivir unha vida miserable. Neste caso, as cadeas non suxeitan o corpo, senón a mente. Estas cadeas mentais son as que lle impiden rebelarse contra a situación, pois están na súa propia mente formando parte del. (Regader, 2014)

Táboa 14. Signos e síntomas do síndrome do escravo satisfeito

SÍNDROME DO ESCRAVO SATISFEITO	
MANIFESTACIÓNS	Anúlaselle a súa liberdade
	Está sometido a unha situación humillante continua
	Síntese satisfeito da súa condición de servo
	Non reflexiona sobre o futuro
	Aumenta progresivamente a súa resignación pola propia condición de escravo
	A súa condición de escravo termina por pasarlle inadvertida
	Establece un vínculo afectivo co seu maltratador
	Ten predisposición a recibir os castigos
	Asunción do esquema de pensamento do maltratador
	Acepta de forma acrítica as condiciones de vida con pasividade resignada

Fonte: Elaboración propia a partir de Síndrome del esclavo satisfecho: cuando agradecemos los latigazos (Regader, 2014)

A violencia de xénero é a violencia que se exerce coas mulleres polo feito de ser. Inclúe actos de violencia psicolóxica que sería a que encadraríamos no caso que nos ocupa. Esta situación consideramos que pode darse tanto a nivel individual como colectivo.

Isto pode levar á muller a desenvolver o *Síndrome da muller maltratada*, que define Lenore Walker como “*unha adaptación á situación adversa caracterizada polo incremento da habilidade da persoa para afrontar os estímulos adversos e minimizar a dor, ademais de presentar distorsións cognitivas, como a minimización, negación ou disociación; polo cambio na forma de verse a si mesma, aos demais e ao mundo*”. (Walker, 2012)

O *Síndrome da muller maltratada* “*ademais de alto nivel de ansiedade xera problemas de saúde e alteracións psicosomáticas, e poden aparecer problemas depresivos importantes*”. (Echeburúa, Corral del, Sarasúa, Zubizarreta, & Sauca, 1990)

Táboa 15. Signos e síntomas do síndrome da muller maltratada

SÍNDROME DA MULLER MALTRATADA	
MANIFESTACIÓNS	Baixa autoestima
	Sentimentos encontrados: non queren a agresión /pensan que a merecen. Considéranse a causa do problema
	Considéranse responsables da conduta do agresor, séntense culpables por ter sido agredidas
	Viven na culpabilidade polo seu fracaso como mulleres, esposa e nai
	Os demais sempre importan máis ca ela
	Padecen temor e pánico diante de calquera tipo de cambio
	Teñen falta de control sobre a súa vida
	Séntense incapaces de resolver a situación, desexan que haxa unha solución máxica para os seus problemas
	Ansiedade, depresión, insomnio
	Sensación de impotencia
	Risco de adicións e trastornos da alimentación
	Molestias no corpo: dor de cabeza, abdominal crónico, ou cansazo, que non melloran co tratamento, problemas xinecolóxicos
	Medo a soidade e ao divorcio
	Íllanse socialmente
	Non dubida o mito da superioridade masculina
	Cren que non merecen axuda nin hai quen poida ou queira axudarlles

Fonte: Elaboración propia a partir de El Síndrome de la mujer maltratada. (Walker, 2012)

Despois de analizar os achádegos proporcionados polos profesionais da enfermaría e observar na bibliografía o gran número destes que padecen o *Síndrome do Queimado* (*Burnout*), pareceunos oportuno facer unha comparación entre os dous síndromes

descritos anteriormente e a situación que viven os profesionais da enfermaría na actualidade. No momento de redactar esta investigación tivemos acceso a tese de doutoramento de Nieves Porras Santos (Porras, 2014). A partir de estes datos, elaboramos o cadro que segue.

Táboa 16. Signos e síntomas do profesional de enfermaría ninguneada

ENFERMARÍA	
MANIFESTACIÓNS	Baixa autoestima
	Os demais sempre importan máis
	Padecen temor diante de calquera tipo de cambio
	Teñen falta de control sobre a súa vida profesional
	Séntense incapaces de resolver a situación, desexan que haxa unha solución máxica
	Ansiedade, depresión, insomnio
	Sensación de impotencia
	Molestias no corpo: dolor de cabeza, cansazo,...
	Acata o mito da superioridade masculina
	Cren que non hai quen poida ou queira axudarlles
	Anúlase a súa liberdade profesional
	Está sometido a unha situación humillante frecuente
	Séntese satisfeito/a da súa condición de subalterno/a
	Non reflexiona sobre o futuro
	Aumenta progresivamente a súa resignación pola propia condición de subalterno/a
	A súa condición de subalterno/a termina por pasarlle inadvertida
	Establece un vínculo afectivo coas persoas responsables do maltrato
	Asunción do pensamento da persoa que maltrata
	Acepta de forma acrítica as condicións de vida con pasividade resignada

Fonte: Elaboración propia

Á vista destes datos xurde o interrogante de se a profesión de enfermaría está enferma. A resposta en base ao exposto, mostra que a profesión enfermeira, dun xeito xenérico, padece unha boa parte das manifestacións dos signos e síntomas que acabamos de expor. Ate o de agora falabamos de profesionais que padecían *Síndrome de Burnout*, síndrome do cansazo crónico, fibromialxia, síndrome depresivo ou neurose. Agora haberá que planear se eses diagnósticos son correctos. Preguntados explicitamente profesionais da enfermaría, se se senten maltratados pola disciplina médica responderon que dun xeito xenérico cun si, claro e rotundo. Consideramos que as causas destas patoloxías estarían no lugar de desenvolvemento do traballo enfermeiro. Son xa varios os estudos que se están realizando ao respecto. Chegados a este punto podemos dicir que a profesión sofre o Síndrome do escravo satisfeito, polo que agradece os lategazos e se mostra incapaz de reaccionar, tendo aquí a resposta a moitas das incongruencias encontradas entre o discurso dos informantes, profesionais e as condutas que deles puidemos observar na práctica.

Queda claro que a presión recibida polos profesionais de enfermaría dentro do modelo biomédico ten similitudes coa situación que sofren as mulleres maltratadas. Impedindo este maltrato, a profesión enfermeira podería desenvolverse dun xeito independente.

En definitiva, a enfermaría dende que emerxe como oficio feminino, vive baixo o paraugas da medicina. Transmitíusenos así a idea decimonónica de que coidar é menos importante que curar. Na actualidade a “ciencia” (curiosamente, cando as humanidades están sendo menosprezadas) chega á conclusión de que ao individuo humano hai que curalo de xeito integral. A antropoloxía, como xa quedou dito, considera a enfermidade nas dimensións biolóxica, social e cultural. Os termos anglosaxóns *disease*, *illness*, *skiness*, fan diferenciación entre estas distintas visións dun mesmo proceso da enfermidade, quedando na segunda e na terceira patente a importancia da esfera cultural de cada individuo e mesmo de cada comunidade. Aínda que a dimensión biolóxica tamén se encontra influenciada polas diferentes culturas, os parámetros que se seguen nesta visión, son máis universais, considerándose os mesmos valores nas diferentes comunidades nas que se produce e estuda.

Como queda dito, neste momento xa non temos lugar a menor dúbida, non só hai que atender ás enfermidades como no modelo biomédico, a pesares de que ás industrias farmacéuticas lles continúe interesando máis este sistema por ser a súa fonte de ingresos. Esta situación ten que pasar a ser historia pretérita. O sistema sanitario ten que deixar de estar baixo a autarquía da biomedicina, somos conscientes de que esta idea está presente tamén nalgúns profesionais médicos a nivel individual, non acontece así corporativamente. O sistema sanitario no tempo que nos tocou vivir está secuestrado polos poderes económicos, o capital é quen manda, os recursos van a menos, os profesionais sanitarios son uns meros peóns en mans, non xa dos políticos, senón do capital das multinacionais. Os políticos xogan coa linguaxe empregando palabras como externalización, ou contratación por necesidades, en lugar de empregar as que corresponden de privatización, precariedade laboral ou contratos lixo por horas. Está claro que se perderon os obxectivos do benestar dos usuarios e da poboación. O lema da OMS noutro de “*Saúde para todos no ano 2000*” quedou polo camiño.

Con todo, a solución pode estar na enfermaría se chega a consolidarse o crecemento que se ven producindo nas ultimas décadas, sen desviarse do seu obxectivo. O cambio non se vai producir inmediatamente, debemos esperar dúas ou tres décadas máis a que se renoven os profesionais e os centros asistenciais sexan tomados por profesionais formados dende a visión enfermeira, polos motivos xa explicitados. Moito camiño está por recorrer para facer visible os traballos dos profesionais dos coidados. Outro dos grandes problemas para a implantación dunha metodoloxía científica no traballo enfermeiro diario é a falta de formación da maioría

das/os enfermeiras/os no pensamento crítico. A clave está na formación e en quen a realiza, tanto nos centros de formación de pregrao como na formación postgrao. Deben ser profesionais sanitarios (sexan da disciplina que sexan) concienciados dos paradigmas dos coidados e da autonomía da enfermaría, para poder formar parte dos necesarios equipos interdisciplinares que nos leven a acadar a autonomía do usuario.

Non se nos debe escapar que os coidados culturalmente competentes, así como a enfermaría transcultural, teñen enormes dificultades para desenvolverse nun contexto hostil: sociedade androcéntrica, machismo, racismo, xenofobia, guerra ... Para mellorar os coidados e chegar a un grao óptimo, os profesionais teñen que comprometerse non só coa neutralización e desaparición destas lacras da sociedade actual senón co cambio día a día. Podemos considerar ao mundo sanitario como unha subcultura, con todo, o cambio real ten que darse na cultura dominante, non tan só na subcultura sanitaria.

6.11. Antropoloxía aplicada

Coñecemos as razóns polas que a enfermaría non quere ou non pode asumir a súa autonomía e as súas responsabilidades. Este é un punto importante porque se ben é certo que a enfermaría na praxe cotiá non ten asumida a súa autonomía, tamén o é que moitos profesionais non queren asumir responsabilidades, optando pola saída máis fácil que é desviar estas cara aos profesionais doutras disciplinas. Resulta máis doado continuar cos criterios establecidos que por en práctica uns novos autónomos nos que se fai necesaria a asunción de responsabilidades. A non asunción de responsabilidades é un feito que non axuda aos profesionais da enfermaría a dar unha imaxe de autonomía, así o podemos observar nos relatos recollidos no capítulo terceiro. A enfermaría ten que aceptar e asumir a súa autonomía e a súa responsabilidade, ninguén o vai facer se non o fai ela.

Como sinalamos máis arriba, axudaría á autonomía da profesión que os xestores da enfermaría fosen nomeados polo seu currículo en xestión e polos seus méritos nestas funcións específicas e non por designación política (directa) ou o que é o mesmo polo xerente (indirecta) a quen nomeou o político gobernante.

Tampouco debemos esquecer que a día de hoxe se debe buscar facer participe ao usuario dos coidados de enfermaría, axudándolle a asumir as propias responsabilidades sobre o seu estado de saúde e pactando os coidados con cada un deles. Esta corrente deu en chamarse *empoderamento do paciente*. Os coidados paternalistas impostos polo modelo biomédico hai que consideralos, dende este momento, parte da historia pasada.



Figura 189. A enfermaría debe facer partcipe ao usuario do seu benestar.

Fonte: COE Lugo 2015

Non podemos esquecer que a visión dos usuarios sobre a profesión enfermeira vai ser a que dean os profesionais, estes son os que teñen que provocar o cambio. De aí que o profesional enfermeiro deberá establecer unha estratexia de aliarse co usuario en lugar de entrar nunha guerra en contra da disciplina médica ou os seus profesionais, que non leva a ningures.

Anteriormente, neste mesmo capítulo, ao falar da imaxe da enfermaría quedou reflectido que son tres os factores que forman parte do ciclo da imaxe enfermeira: profesionais de enfermaría, poboación ou usuarios do sistema e canles de comunicación. Sinalamos como entre estes tres factores se producía un ciclo pechado de retroalimentación. Consideramos que toda actuación de enfermaría que non teña en conta esta realidade está condenada ao fracaso. Tendo en conta estas circunstancias e pensando que todo cambio ten que vir dende dentro é polo que propomos actuar sobre un dos elos desta cadea, que van ser os profesionais de enfermaría. Se as actuacións a realizar van encamiñadas a corrixir a situación actual tendo como obxecto aos profesionais, han reverter nos usuarios dos servizos de enfermaría como cerne e base do sistema sanitario.

A nosa nova hipótese é que se se actúa sobre este factor os demais que forman parte do ciclo van verse tamén alterados, polo que, sen deixar de programar accións sobre sobre os outros elos, valoramos que o noso punto de actuación deberá centrarse nos profesionais e así poder variar o ciclo.

No que atinxe aos profesionais e para que se produza o cambio, faise preciso concretar unha serie de actuacións sobre os seguintes *items*:

- Toma de conciencia por parte destes da situación actual da enfermaría dende o nivel disciplinario ate o nivel profesional.
- Elevar a autoestima dos profesionais.
- Traballar pola autoxestión real dende a enfermaría.
- Asunción das responsabilidades como propias para traballar con autonomía.

- Saber recoñecer as diferentes actuacións que resultan negativas para conquistar unha enfermaría por e para o usuario e poder así modificar (tanto individual como colectivamente) as circunstancias alleas a este fin último.

Os pasos a seguir teñen que ir dirixidos nunha dobre dirección, en primeiro lugar cara a enfermaría e os seus profesionais; sobre eles deben recaer as actuacións que provoquen o cambio. Un punto importante a ter presente é que estas actuacións deben de partir da propia profesión e dos profesionais, por este motivo propomos a elaboración dun proxecto expansivo con varias fronte e en varias fases.

6.11.1. Programa expansivo: Enfermaría Coidados de Primeira

Xa falamos da necesidade que ten a enfermaría de comezar a proxectar dun xeito consciente unha nova imaxe, debendo actuar a tres bandas: sobre os profesionais, a poboación e as canles de comunicación, so así se producirá o cambio.

O proceso dende os profesionais debe incluír formación e consciencia dos novos paradigmas da enfermaría.



Entre os obxectivos estarán concienciar aos usuarios e profesionais da necesidade de facer indispensables os coidados holísticos contando coa participación activa dos dous grupos de actores, a enfermaría debe contar primeiramente con autonomía respecto a outras disciplinas.

Figura 190. Enfermaría negociará cos usuarios os coidos holísticos

Fonte: Imagenes Wiseggek (wisegeek.com, 2015)

6.11.1.1 Obxectivos do programa

1-Concienciar aos profesionais da necesidade de coñecer e desenvolver a propia identidade da enfermaría como profesión autónoma dos coidados. Non se trata de facer o que fan outras disciplinas. Os profesionais da enfermaría non son nin máis nin menos que os traballadores doutras disciplinas sanitarias, teñen un campo de traballo e uns obxectivos propios e diferentes das outras e todas converxen na saúde dos usuarios.

2-Ensinar a que os profesionais da enfermaría aprendan a buscar a propia identidade, asentada nos paradigmas enfermeiros, non noutras disciplinas. Trátase de que os profesionais se apliquen na tarefa de coidar dun xeito humanístico, científico e especializado, tendo sempre presente a visión holística dos usuarios.

3-Difundir os modelos culturais de enfermaría como alternativos ao modelo biomédico na praxe cotiá profesional.

4-Aplicar o PAE e as Taxonomías enfermeiras na práctica asistencial.

5-Promover o traballo en equipos interdisciplinares paritarios que teñan como cerne ao usuario dun xeito holístico.

6-Dar a coñecer e proxectar a imaxe da enfermaría á comunidade. A súa formación, especialización e actividade no momento actual. Facer visible o invisible do traballo enfermeiro, sublimar a importancia e o poder do invisible. Mostrar as diferentes funcións da enfermaría: asistencial, xestora, docente e investigadora, así como o seu desenvolvemento cotiá en diferentes ámbitos laborais.

6.11.1.2. Plataformas dende as que levar cabo as actuacións

1- Institucións sanitarias públicas e privadas

Os xestores de enfermaría deberán fomentar e facilitar a participación de tódolos profesionais neste proxecto, tanto da AP como da AE, a fin de que chegue a todos e acaden as cualificacións para os cambios a realizar na profesión dende os propios profesionais.

Realizar a formación necesaria e por en marcha diferentes talleres de traballo, á vez que facilitar e por os recursos precisos para a aplicación dos actuais paradigmas enfermeiros no traballo cotiá.

Realizar a formación especializada demandada polos profesionais e máis pola poboación.

2- Organización Colexial de Enfermaría

Os colexios de enfermaría serán os responsables de ofrecer as institucións sanitarias os profesionais formados para realizar as diferentes actividades do proxecto, organizar as actividades complementarias ás realizadas dentro das institucións asistenciais e centros de formación.

Incidirán especificamente na actuación sobre as canles de comunicación e proxección social da imaxe enfermeira.

3- Universidade

Será a responsable de dar aos estudantes de pregrao, así como de postgrao, unha formación enfermeira dende a enfermaría. Fomentar a investigación sobre os paradigmas e modelos enfermeiros aplicados na praxe dos coidados.

Facilitar e procurar a organización de cursos de Máster, doutoramento, cursos de verán, xornadas e outras actividades dirixidas a alumnos de pregrao e a alumnos egresados, co gallo de actualizar a formación dos profesionais para a atención holística da poboación.

4- Sociedades científicas de Enfermaría

Promover e colaborar coas demais institucións e organismos na difusión, así como na calidade científica e técnica das diferentes actividades e programas.

6.11.1.3. Recursos humanos

A realización do programa pódese realizar con un ou dous profesionais, nas plataformas sanitaria, organización colexial, universidade e nas sociedades científicas. Cunha dedicación específica ao desenvolvemento do proxecto.

6.11.1.4. Actuacións e actividades

- As actuacións a realizar programaranse a curto, medio e longo prazo, coa fin de que a enfermaría e os seus modelos holísticos sexan unha realidade nun futuro próximo.

Curto prazo

- Creación de grupos de reflexión e concienciación dos actuais paradigmas enfermeiros.
- Realizar artigos coas propias experiencias dos profesionais e editalos en publicacións profesionais.
- Creación de grupos de formación e difusión, dentro do colectivo profesional, incentivar para investigar e publicar.

Medio prazo

- Creación dun observatorio da linguaxe e da imaxe con presenza de diferentes profesionais da sanidade pública e da privada.

- Elaboración de cursos de formación e unidades de seguimento sobre o PAE as linguaxes estandarizadas.
- Empregar as redes creando grupos de apoio.

Longo prazo

- Por en marcha programas de proxección social a través dos *mass media*.
- Creación de grupos dedicados a traballar nos *mass media*. Ofrecer noticias con regularidade en prensa, radio, tv.
- Demandar e participar na creación de dinámicas de traballo interdisciplinares coa participación de usuarios.

- As actuacións de cara á visibilidade enfermeira realizaranse dende o EOXI: na AE e na AP.

Profesionais perfectamente identificados e que se identifiquen. Presentarse en cada quenda (son a súa enfermeira/o nesta quenda).

Empregar unha linguaxe asertiva respecto á profesión enfermeira.

Grupos de dinamización.

6.11.1.5. *Contidos*

Propostas aos profesionais:

- Formar para desenvolver unha praxe da profesión analítica e científica
- Informar e formar na importancia da imaxe, da proxección e da percepción dos usuarios.
- Ensinarlles a coidar a imaxe no trato cos usuarios.
- Ensinar e avaliar a aplicación dos modelos culturais observando a importancia dos coidados holísticos.
- Animar aos profesionais de enfermaría a participar de forma activa na vida política, como enfermeiras/os, e formar parte dos órganos de xestión e de poder.
- Concienciar do ninguneo que sofre a enfermaría.
- Sensibilizar da necesidade de modificar e interiorizar a linguaxe co emprego de palabras e frases que non supoñan termos pexorativos ou de inferioridade cara a profesión e a muller.
- Pensar a enfermaría como profesión autónoma.
- Formar en *marketing* aos profesionais para aplicar a súas técnicas nos procesos de enfermaría.
- Formar en comunicación interactiva aplicada a grupos e individuos.

6.11.1.6 . *Desenvolvemento*

Pedirase aos diferentes órganos, entidades, xestores e líderes da enfermaría o seu respaldo diante destas actuacións e a súa posta en marcha dun xeito coordinado conxuntamente.

A primeira actuación está pensada cara a un colectivo que sofre o síndrome do escravo satisfeito. Este síndrome, ao afectar a un gran número de profesionais, está repercutindo en toda a profesión dun xeito xeral.

O mellor é máis importante sería facer prevención. Neste caso como o problema xa está instaurado, haberá que facer un tratamento. Como xa sinalamos neste mesmo punto, para acabar con esta situación débese de ir ao universal e mailo particular. Os profesionais da enfermaría deben traballar para rematar coa discriminación e as diferenzas de xénero na cultura e na sociedade. Na enfermaría, non haberá igualdade con outras disciplinas, entre tanto non se produza un cambio global no xeito de ver e entender as relacións entre mulleres e homes.

1. Creación de grupos de reflexión. Realización de postas en común da problemática na que se encontran os profesionais para o desenvolvemento da praxe profesional e para levar a termo unha actuación de enfermaría de xeito autónomo. Neste grupos poderase falar da situación de cada profesional de enfermaría á vez que se preste apoio aos profesionais que o precisen. Neste mesmo punto, realizarase unha valoración das necesidades e demandas de cada grupo e mesmo individuais.

Os grupos non serán por unidades ou servizos de enfermaría, procurarase a heteroxeneidade. O número de participantes en cada grupo non excederá das oito persoas.

Este proxecto realizarase a partir dun grupo celular de forma que se vaia facendo expansiva a outros grupos de nova creación.



Figura 191. Grupos de reflexión sobre a profesión enfermeira.

Fonte: El Diagnóstico Enfermero (www.eldiagnosticoenfermero.es, 2015)

- 1.1. O primeiro paso consistirá en ofrecer ao grupo información sobre o ninguneo, as súas causas e as circunstancias que o rodean.
- 1.2. Nun segundo momento un período de reflexión no que deberá reducirse a ansiedade provocada pola situación, se é que a hai.
- 1.3. Un terceiro momento será o de exteriorizar a situación de forma verbal.
- 1.4. Os profesionais neste momento estarán preparados para facer fronte dun xeito san a ese ninguneo, asumindo á vez as responsabilidades profesionais das que viñemos falando.

Mentres non se acade este punto non será posible que a profesión acade unha plena autonomía. Nesta fase deberá o profesional detectar as estratexias e manipulacións que se empregan para manter o estado de androcentrismo na cultura e tamén na profesión enfermeira: aproximacións interesadas para manipular, falsas promesas, cando alguén trata de facer ver ás persoas ou ao grupo que teñen moito en común co manipulador ou que lle deben algo. As e os profesionais da enfermmería deben de coñecer a súa disciplina tendo claros os seus valores. Se os valores doutra disciplina entran en conflito cos da enfermmería, deben saber recoñecelo e non aceptar en ningún caso renunciar a aquilo que é importante para a profesión.

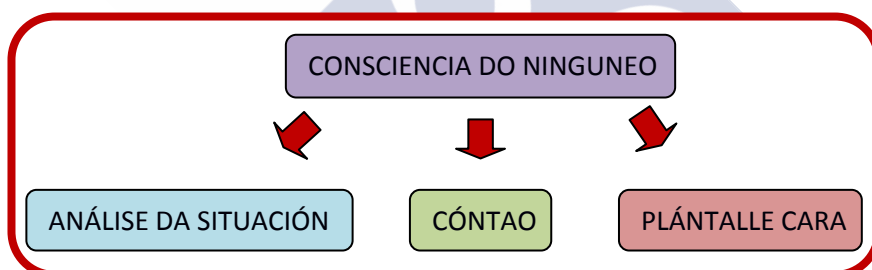


Figura 192. Actuación contra o ninguneo á enfermmería.

Fonte: Elaboración propia

- 1.5. Creación de novos grupos de discusión.
- 1.6. Dinamización dos grupos pequenos, que formen parte dun foro a nivel superior, coa finalidade de contar co pulo externo, integrados a nivel hospitalario e posteriormente do EOXI, e quizais a nivel provincial e da comunidade autónoma, incluso estatal.

Debemos ter presente que a autonomía debe darse tanto a nivel puramente psicolóxico, a través dun cambio de ideas distorsionadas que teñen as e os profesionais sobre si mesmas/os como enfermeiras/os, como no desenvolvemento das actividades propias da profesión. Isto dará lugar a que se produza un cambio na praxe enfermeira.

2. Paralelamente realizarase a creación de foros e parladoiros nas redes sociais para que a información se transmita ao exterior dos grupos.

3. A segunda actuación, ao mesmo tempo que se desenvolve o proxecto anterior, consistirá en que outro grupo de profesionais enfermeiros realice un estudo da súa imaxe profesional e da proxección social da profesión da enfermaría. Entre as súas actividades estarán a elaboración dun proxecto de publicidade, para dar a coñecer os paradigmas enfermeiros. Vai dirixido en dúas direccións, aos propios profesionais de enfermaría e aos cidadáns en xeral. Dar a coñecer e potenciar a marca de enfermaría. Elaboración dun anuncio tipo para dar a coñecer a idea e o produto de xeito atractivo co que influír no comportamento dos usuarios e dos cidadáns en xeral.

4. Non se pode esquecer a acción de formar aos profesionais no xeito de actuar para cambiar os hábitos de saúde dende o seu posto de traballo, empregando as técnicas de publicidade que tamén serán empregadas polos líderes e xestores para dar a coñecer a profesión.

5. Fomentar a presenza dos profesionais de enfermaría na acción social e política. A enfermaría deberá estar presente nos movementos sociais e políticos, ecolóxicos ou culturais dun xeito activo.

Cando rematemos este ciclo de intervencións haberá xa un antes e un despois no pensamento dos profesionais da enfermaría, o que irá influenciando aos demais factores dos que depende a súa imaxe e a súa profesión. Unha vez asegurada a súa capacidade de ser libre e autónoma, a profesión enfermeira será quen de tomar as decisións que lle dite a súa disciplina e os seus profesionais e non outras alleas, contará co libre albedrío e non estará sometida ao pensamento do modelo biomédico.

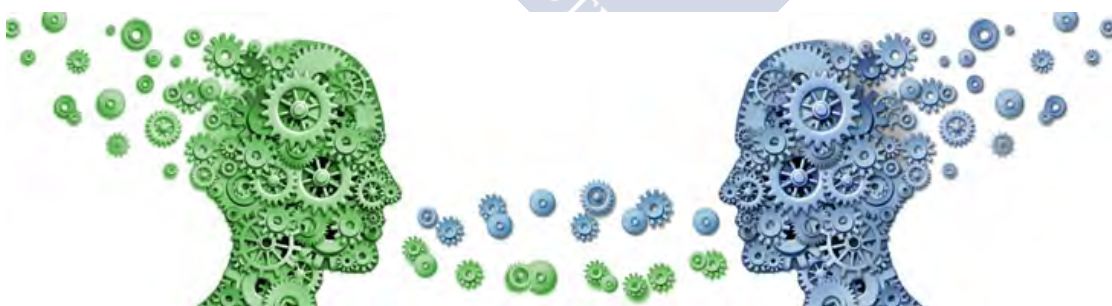


Figura 193. Importancia de compartir os coñecementos

Fonte: Aula DAE (auladae.com, 2016)

6.12. Conclusións

Con esta investigación buscabamos saber se os modelos culturais de enfermmería poderían ser unha alternativa á xestión da profesión, no transcorrer da mesma puidemos observar que a Enfermería ten algúns problemas importantes por resolver non só estando a solución en aplicar determinados modelos enfermeiros. Encontramos unha profesión enferma e maltratada que presenta un cadro coas seguintes características: baixa autoestima (que leva consigo a unha xeración de estrés nos profesionais) e falta de autonomía, quedando nun segundo termo o tipo de modelo enfermeiro que se poida aplicar, decantándonos persoalmente polos modelos culturalmente competentes.

O obxectivo xeral que nos marcamos no inicio do presente traballo de investigación foi observar e máis analizar a actividade profesional enfermeira na provincia de Lugo no momento actual e maila súa proxección de futuro. Ver se as actuacións dos profesionais dos coidados estaban inseridos na esfera cultural e concretamente na cultura dos usuarios, actuando estes como individuos activos no seu proceso de coidados.

Respondendo a este obxectivo consideramos que a actividade profesional, tanto no momento actual como na súa proxección de futuro, pasa por ter cada vez máis presente a cultura dos usuarios, así como o seu empoderamento dentro do sistema sanitario, feitos estes aos que debe contribuír a enfermmería coas súas actuacións.

O fin último será que os destinatarios dos coidados profesionais sexan o cerne real da atención, como individuos activos no seu proceso de saúde e non como hoxe en día que asisten ao seu proceso de coidados da saúde como uns actores pasivos, sen ter en consideración que todo o sistema debe xirar ao seu arredor. Non deben continuar sendo contemplados como suxeitos ignorantes, inmersos nun sistema paternalista, que xa quedou obsoleto, no que son outros os que toman decisións por eles. Os usuarios deben ter capacidade de decisión con coñecemento (aportado polos profesionais) e plena liberdade de elección. Deben de ser os usuarios quen teñan o poder decisorio respecto ás actuacións e os coidados que queren recibir, así os profesionais pasan a ser os actores secundarios no acto do coidado, asesorando e poñendo os coñecementos técnicos ao servizo dos primeiros, considerándoos de xeito individual como suxeitos holísticos máis alá da súa visión integral.

A cultura de cada individuo moldea e inflúe de xeito interactivo nas diferentes esferas que conforman ao todo da persoa. Por tanto si tódalas esferas e tódolos factores son influenciados pola cultura na que o individuo está inserido, reside aquí á chave que pecha os coidados. Se ben é certo que dende o punto de vista biolóxico, un proceso patolóxico sempre é o mesmo nas diferentes culturas, non acontece así co xeito de vivir e afrontar esa patoloxía nas diferentes culturas, pois cada unha delas vai

presentar unhas connotacións propias, e a consecución da saúde dependerá de cómo sexan tratadas estas características diferenciais de cada pobo. Ben é certo que a disciplina enfermeira actualmente é a profesión sanitaria que culturalmente está máis cerca do usuario; con todo, o traballo e os obxectivos profesionais vense truncados por non contar cunha total autonomía para chegar a cumprir as súas metas, entre outras razóns debido á lousa do sistema biomédico que pesa sobre ela freando o desenvolvemento pleno dos profesionais dos coidados.

No que respecta aos obxectivos específicos, veremos un por un as conclusións ás que chegamos neste momento:

- Coñecer diferentes percepcións e imaxes da profesión enfermeira, tanto *émic* coma *etic*.

Queda patente que a imaxe da enfermaría é percibida polos usuarios dun xeito bastante positivo. A pesares de que cabe subliñar o descoñecemento sobre a formación ou as funcións que posúen e ou poden desenvolver os profesionais de enfermaría.

Non é percibida a súa propia imaxe dun xeito tan positivo por parte dos profesionais, quizais por unha falta de autoestima, así como pola percepción de que non desenvolven o seu traballo dun xeito acorde aos seus coñecementos curriculares, considerando que o seu rendemento non está a un cento por cento do que podería ser ao non contar coa autonomía desexada, debido a falta de consciencia por parte dos profesionais de estar a sufrir o síndrome do escravo satisfeito.

Os dous grupos de actores estudados neste traballo consideran á enfermaría como unha profesión subalterna doutra disciplina, sendo necesario que contase con máis autonomía, co gallo de desenvolver os novos paradigmas dos coidados da saúde. Outra cuestión na que coinciden tanto usuarios como profesionais é na necesidade de facer visible as accións que desenvolven as/os enfermeiras/os.

Debe desaparecer a visión da enfermaría como *anxos da misericordia* e dar paso á imaxe dunha enfermaría profesional que exerza os coidados dunha forma actualizada e científica, sen deixar de ser uns profesionais próximos aos usuarios.

- Interpretar as diverxencias e puntos en común sobre os coidados dende a perspectiva dos actores principais: usuarios e profesionais.

Non se observaron diverxencias importantes e si moitos puntos en común entre os suxeitos dos dous grupos estudados. Tan só diferentes matizacións, froito do descoñecemento da disciplina e a profesión enfermeira na maioría das ocasións.

Ámbolos dous grupos fan notar as excesivas cargas de traballo, escaseza de recursos humanos que levan a que os profesionais de enfermaría contén con pouco tempo para desenvolver as actuacións por usuario en lugar de por tarefas (como se está a facer) dificultando que se poidan aplicar modelos culturalmente competentes.

Parécenos que, a día de hoxe, pode resultar máis doado achegar os paradigmas enfermeiros aos usuarios que a outros profesionais sanitarios, e incluso aos propios profesionais da enfermaría, debido a situación de falta de ansia na que se encontran na actualidade.

- Analizar como son as relacións profesionais da enfermaría no actual Sistema Nacional de Saúde no noso país.

Debemos ter presente que o organigrama no Sistema Nacional de Saúde é piramidal, na cima encontrase a profesión médica seguida pola enfermaría no chanzo inferior. A enfermaría desenvolve a súa profesión como subalterna do médico o que en determinados momentos crea conflitos puntuais de escasa transcendencia.

Outro impedimento para o desenvolvemento profesional da enfermaría está en que os profesionais desta disciplina non ocupan os máis altos cargos de xestión na sanidade. Antes impedíaseles esta asunción debido a que a súa titulación académica era de grao medio, agora porque así o deciden os dirixentes políticos, influenciados polo corporativismo médico.

A enfermaría é unha profesión feminina inmersa nunha sociedade androcéntrica que vai ter como consecuencia que as profesionais do xénero feminino sufran dobremente as consecuencias destas circunstancias.

Podemos concluír respecto a este punto que a enfermeira/o está sendo *ninguneada* a nivel profesional, dando lugar a unha saúde precaria da profesión e incardinándose este punto coa falta de autonomía, encontrándose os profesionais na situación, descrita, de baixa autoestima, sentíndose incapaces de resolvela, acatando (incluso defendendo) a supremacía da medicina sobre os coidados e amosando inclusive agradecemento pola súa situación.

- Describir as diferentes correntes paradigmáticas culturais dentro da praxe profesional da enfermaría.

Cando iniciamos este traballo tiñamos a firme convicción de que a cultura dos usuarios non se tiña presente na praxe profesional enfermeira. A medida que fomos observando e tomando notas, decatámonos de que a enfermaría non era consciente da importancia dos modelos culturais, dos que ten un gran descoñecemento. Con todo, no seu traballo de cote si aplica prácticas de enfermaría culturalmente competentes, pero sen chegar a acadar os niveis desexables.

O problema consiste en que ao estar mergullada, a profesión enfermeira, nun sistema bioloxicista e non posuír autonomía, encóntrase con moitas trabas para desenvolver plenamente os modelos culturalmente competentes. Un dos obxectivos da enfermaría, polo tanto, ten que se centrar en cambiar o modelo biomédico e multidisciplinar por un modelo holístico e interdisciplinar, no que tódalas disciplinas

que traballan sobre os usuarios na esfera da saúde desenvolvan dende un mesmo nivel as actuacións sobre o individuo a familia ou a comunidade. Cada disciplina aportará os seus coñecementos, enriquecéndose as actuacións ao camiñar tódolos saberes nunha mesma dirección por e co usuario.

Os usuarios non perciben que reciban unha atención culturalmente axeitada. Séntense como “emigrantes” no medio hospitalario. Por outra banda, dentro do modelo actual, valórase moi pouco o que pensa ou sente a persoa sobre a que exercen as súas accións os diferentes axentes sanitarios, avasalando os seus intereses e a súa forma de ser e estar no mundo ou, cando menos, son ignorados, dado que os usuarios son considerados como unha patoloxía (cousificación), perdendo a súa calidade de individuos.

A enfermaría ten que potenciar, investigar e avanzar na aplicación dos modelos culturais, para estar así máis cerca da saúde real do individuo, sen fragmentalo na busca da superación dunha patoloxía.

Por outra banda debemos ser conscientes do feito de que vivimos nun mundo globalizado, o que fai necesaria nunha aproximación ao individuo, coñecer a súa cultura, as súas expresións, a súa lingua ou rituais, dado que os usuarios da enfermaría proceden de diferentes culturas e subculturas. Entendendo os paradigmas que fomos analizando ao longo deste traballo (persoa, familia, comunidade, sociedade global, saúde, enfermidade, morte, sistema de coidados) de diferentes formas baixo o prisma cultural.

- Amosar se o xénero dos coidadores presenta relevancia no desenvolvemento dos coidados dentro do actual modelo.

Ao longo deste traballo afianzamos a idea de que a enfermaría é unha profesión feminina independentemente do número de homes ou mulleres que formen parte da profesión. A enfermaría, polo feito de ser unha profesión feminina, está subordinada a outra profesión masculina, a medicina. Esta situación está influenciando ao resto dos vectores analizados. De aí que nos parece esta unha das constatacións principais desta investigación.

Polo tanto, a profesión enfermeira e os seus profesionais, deberán ser defensores dos dereitos femininos e exercer a súa influencia para cambiar, no posible, as concepcións sociais sobre as cuestións de xénero. O cambio sociocultural do pensamento androcéntrico resulta complexo de realizar por estar inserido no mesmo cerne da cultura occidental. Con todo, a profesión enfermeira está en condicións de aportar o seus coñecementos mailo seu traballo para contribuír á realización deste cambio.

Namentres non se dea este cambio social, a enfermaría seguirá sendo unha profesión de segunda categoría como queda claro nas liñas que preceden a estas conclusións.

- Formular un marco de actuación, de cara a unha proxección de futuro, para realizar as actuacións precisas e ofrecer alternativas culturalmente competentes dende a profesión dos coidados.

Dadas as circunstancias sinaladas, non vai resultar un labor doado que a enfermaría se desenvolva dun xeito autónomo e culturalmente competente dentro do modelo sanitario no que está inserida, o que non quere dicir que sexa imposible. Por este motivo consideramos que se deben introducir as técnicas que nos brinda a Antropoloxía aplicada, planear estratexias e actuacións pertinentes unha vez que xa coñecemos a problemática actual dos coidados enfermeiros.

É a enfermaría e as/os seus profesionais quen teñen que dar un paso ao fronte e por en valor os seus coñecementos e actitudes en prol da disciplina en si mesma e da defensa dos intereses dos usuarios do sistema de saúde. Se a enfermaría non provoca o cambio na xestión dos coidados de saúde, este non se producirá ou ben o cambio non irá na liña que sería desexable dende a perspectiva da profesión enfermeira.

Ao noso parecer, as reflexións que se realizan neste estudo deberían levar a por en marcha a realización doutras análises (algunhas xa sinaladas) así como un cambio de pensamento e actuacións. A enfermaría encóntrase nun momento de logros importantes pero á vez de inflexión; do que fagan hoxe os profesionais dependerá o que a profesión será mañá.

Na proposta que presentamos neste estudo sinalamos como alicerces aos profesionais, coa finalidade de construír o edificio ben asentado, tendo presentes aos clínicos/as, xestores/as, docentes e investigadores/as da enfermaría, tampouco esquecemos a outros axentes como ás institucións tanto sanitarias, onde os profesionais exercen, como as organizacións profesionais que regulan o ordenamento profesional e mesmo ás académicas que son as responsables da construción do pensamento dos futuros profesionais. De todos eles dependerá a cristalización dunha enfermaría autónoma e forte ao servizo dos usuarios.

No momento de redactar estas conclusións, consideramos que dadas as circunstancias que se están a producir no xeito de vida na actualidade, a enfermaría tal e como a coñecemos ten os días contados (non esquezamos o avance da intelixencia artificial e da robótica) non obstante os profesionais deberán conservar a visión humanística das persoas.

Tanto a disciplina como a profesión enfermeira deben camiñar cara ao cambio de considerar que a día de hoxe os coidados de enfermaría compre orientalos máis alá das necesidades da persoa, entendendo a esta como un todo que forma parte do universo en comunión co seu entorno (en transformación continuada). Isto dá lugar a que os novos paradigmas da enfermaría busquen dar resposta ás necesidades da persoa dende a perspectiva holística, o que supón uns coidados dirixidos a acadar o benestar tal e como a persoa o entende, tendo presentes e respectando os seus

valores culturais, crenzas e filosofía de vida; tan só deste xeito se chegará a obter o obxectivo dun benestar íntegro da persoa. O futuro da enfermaría consistirá en ser un deseñador de coidados mellorando cada día as intervencións sobre a persoa, a familia e a comunidade, sen esquecer que a diferenza entre a enfermaría e outras profesións sanitarias é o seu interese nas respostas do ser humano diante das diferentes situacións que se producen no transcorrer da vida, no que atinxe ao proceso de saúde enfermidade como un *continuum*.

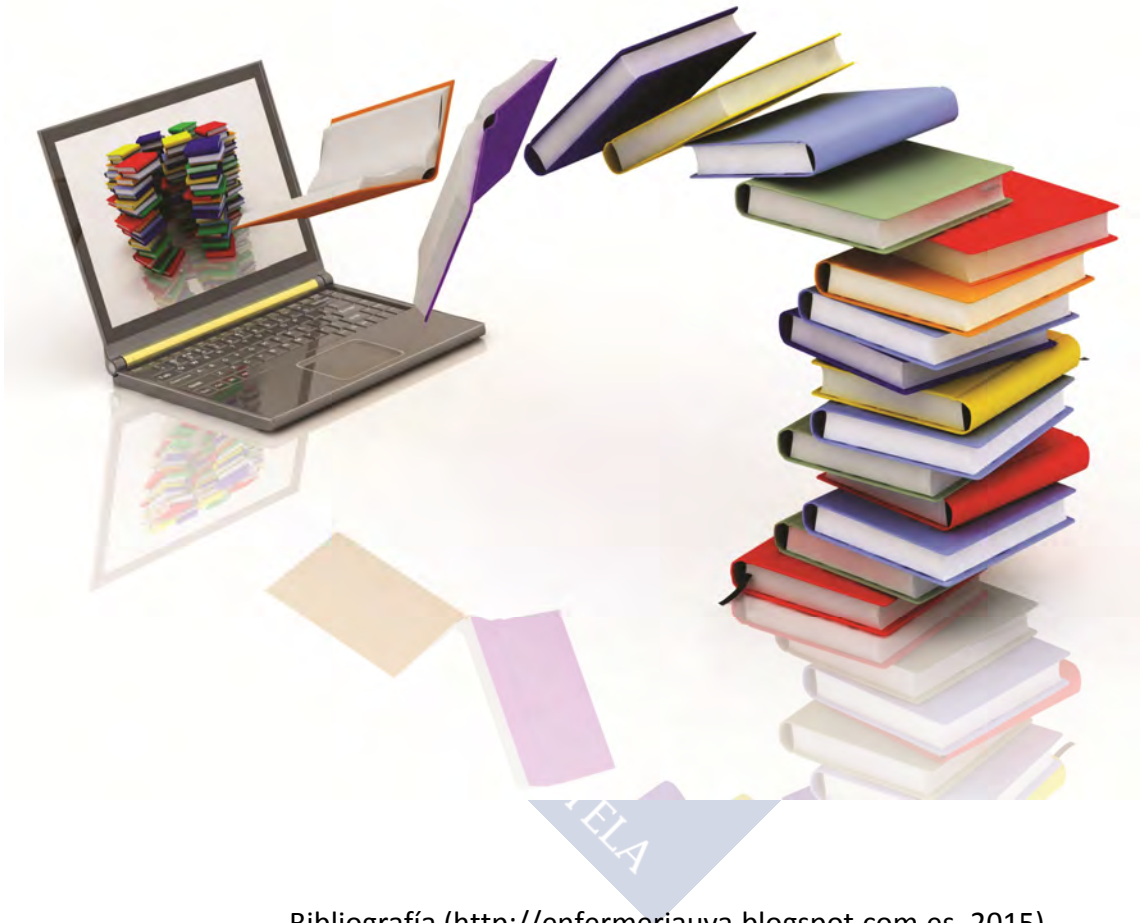




*... Hai algo que transcende a todo isto
Eu son eu ... ti es ti
E aínda así. Eu e mais ti
Conectamos
Dalgún xeito, nalgún momento
Para comprender as necesidades "culturais"
As semellanzas e mailas diferenzas das persoas
Precisan a alguén aberto
Mira - escoita - sente
Sen xulgar nin interpretar
Chega ás persoas
Quizais tocándoas de forma física
Ou cos ollos ou coa aura
Móstralles a túa franqueza e o teu desexo de
Escoitar e aprender
E cóntalles e comparte
Facendo isto estás compartindo humanidade
Recoñecese e compártese
Algo acontece
Comprensión mutua*

(Rachel Spector, 2003)

Bibliografía



Bibliografía (<http://enfermeriauva.blogspot.com.es>, 2015)

O libro é forza, é valor, é alimento; facho do pensamento e fonte do amor (Rubén Darío)



Abad, E., Monistrol, O., Atarribas, E., & Paredes, A. (2013). La lectura crítica de la literatura científica. *Enfermería basada en la evidencia*, 13(1), 32-40.

Abelá, J., García-Nieto, A., & Pérez, A. M. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

adiezminutosdelcentro. (2015). *adiezminutosdelcentro.blogspot*. Obtido de <http://adiezminutosdelcentro.blogspot.com.es>

Aguilar, P. (1998). *Mujer, amor y sexo en el cine español de los 90*. Madrid: Fundamentos.

Albán, F. (8 de Outubro de 2014). *Gestión. El diario de economía y negocios de Perú*. Obtido o 21 de Agosto de 2015, de <http://gestion.pe/empleo-management/importancia-imagen-personal-primera-impresion-queda-2110630>

Alenka. (2011). *Alenka Terapeutas Ocupacionales*. Obtido de <http://alenkaterapeutasocupacionales.blogspot.com.es/2012/01/nuestros-proyectos-con-quienes.html>

Alfaro, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermmería. un enfoque práctico*. Barcelona : Masson

Aguilar, M.J.; Fresno, J.M. & Ander-Egg, E. (2001). *Cómo elaborar proyectos PARA LA Unión Europea*. Madrid: Editorial CCS

Alsvag, H., & Martinsen, K. (2011). *Filosofía de la Asistencia en Marriner A., Raile M. Modelos y teorías en enfermmería*. Madrid: Elsevier

Alvarado, G., Alvarado, E., Barboza, A., Castro, E., León, S., Matarrina, A., et al. (Abril-Septiembre de 2008). Definición de enfermmería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. *REVENF Revista Enfermería Actual en Costa Rica*(14)

Álvarez, C. (2008). *Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1541-1978)*. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

Alvarez-Castro, J. M. (2015). *A evolución cultural dende a perspectiva da evolución biolóxica. Fol de veleno*, 7-20

Alvira, F. (2004). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Ander-Egg, E. (1991). *Introducción a la planificación*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.

Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2012). *Transcultural concepts in nursing care*. EEUU: Lippincott Williams & Williams

Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata

Anticapitalistes.net. (03 de 11 de 2015). www.index-f.com. Obtido de http://www.index-f.com/blog_oebe/?tag=cultura-de-los-cuidados

Antivil, M. (2015). *El periódico.cl*. Obtido de <http://www.elperiodico.cl/2015/09/santo-tomas-temuco-abrio-inscripcion-para-carreras-tecnicas-de-enfermeria/>

Antón, M. V. (1998). *Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.

Antonín, M., Flor, P., & Tomás, J. (2003). Mujer y cuidados: ¿Historia de una relación natural? *Cultura de los cuidados*. Año VII. Nº7, 36-39

aramissport.blogspot.com.es. (2015). <http://aramissport.blogspot.com.es>. Obtido de <http://aramissport.blogspot.com.es/p/la-importancia-de-la-igualdad-de-genero.html>

Arandojo-Morales, M. I., Centeno-Brime, J., & Hernández-Martín, F. J. (2015). *La Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría*. Obtido o 14 de diciembre de 2015, de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/07766f53-8ea7-4d1d-bc8f-47df003d924a/2223e252-eaef-4104-b30b-ade496b2726/2223e252-eaef-4104-b30b-ade496b2726.pdf>

Arias, C. (2007). 20 minutos. Obtido de <https://painthealth.wordpress.com/2016/09/23/dos-enfermeras/>

Ariño, A. (2000). *Sociología de la cultura*. Barcelona: Ariel

artelista. (2011). [artelista.com](http://www.artelista.com). Obtido de <http://www.artelista.com/obra/9618048332594423-enfermera.html>

artelista. (2014). [artelista.com](http://www.artelista.com). Obtido de <http://www.artelista.com/obra/3389906560134642-enfermera.html>

artelista. (2014). [artelista.com](http://www.artelista.com). Obtido de <http://www.artelista.com/obra/7082056598165092-enfermera.html>

artelista. (2014). www.artelista.com. Obtido de <http://www.artelista.com/obra/2067002647693410-la-enfermera-y-el-musico-marinero.html>

ateneacoleccion.com. (s.d.). *Atenea coleccion*. Obtido de <http://ateneacoleccion.com/roma/26-kairos.html>

auladae.com. (2016). *Auladae.com*. Obtido de <http://www.auladae.com/cursos-de-enfermeria-cfc/cursos-generales/>

Barandiaran, J.M. (1976). *Guía para una encuesta etnográfica*. Álava: Eusko-Ikasuntza. Sociedad de Estudios Vascos.

Banks, M. (2010). *Los datos visuales en investigación cualitativa*. Madrid: Morata

Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Morata

Barley, N. (2005). *El antropólogo inocente*. Barcelona: Anagrama

Barley, N. (2007). *Una plaga de orugas*. Barcelona: Anagrama

Barral, C. (22 de Febreiro de 2013). Un estudio ve excesiva la oferta universitaria en enfermmería y cree que frena la insercción. *La voz de Galicia*, p. 12

Barthes, R. (1965). *Uruguaypiensa*. Obtido o 8 de setembro de 2015, de <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/833.pdf>

Benavent, M.; Francisco, C. & Ferrer, E. (2001) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Ediciones DAE

Bengoa, R., & Solinís, R. N. (2009). *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier

benitomovieposter. (1979). *www.benitomovieposter.com*. Obtido de <http://www.benitomovieposter.com/catalog/enfermera-de-noche-la-p-4584.html>

Bernalte, Á., Miret, M. T., & Rico, S. (2007). *Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*. LibrosEnRed

Biblioteca Universitaria de Oza, la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidade da Coruña. (2016). *Paint Health*. Obtido de <https://painthealth.wordpress.com/2016/09/23/dos-enfermeras/>

Biografías y vidas. (2015). *La enciclopedia biográfica en línea*. Obtido de http://www.biografiasyvidas.com/biografia/l/lao_tse.htm

Black, W. G. (1982). *Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura*. Barcelona: Alta Fulla

blog.formantia.es. (1 de 2016). *formantia.es*. Obtido de <http://blog.formantia.es/wp-content/uploads/2016/01/Foto-comunicacion-tecnicos-00.jpg>

BOE. (9 de Novembro de 2001). Real Decreto 1231/2001, Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermmería. *BOE núm. 269 de 8 de noviembre*, p. 40998

BOE. (22 de Novembro de 2003). LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003*, pp. 41442-41458

Boff, L. (1999). *Saber cuidar*. Petrópolis: Vozes

Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: Ética de lo humano, Compasión por la tierra*. Madrid: Trotta

Bonill, C., & Celdran, M. (2012). *El cuidado y la cultura: génesis, lazos y referentes teóricos en enfermmería*. Obtido o 22 de xaneiro de 2014, de Index de Enfermería vol.21,n.3: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>

Bonino, L. (16 de 2 de 2011). *Site de Etimología*. Obtido o 25 de 6 de 2013, de <http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/integral/>

Botero, D. (2006). *El cuidado de la vida*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Cátedra Manuel Ancizar en http://www.bdigital.unal.edu.co/787/3/316_-_2_Capi_1.pdf [31-01-2015]

Botero, U. (2006). *Si la Naturaleza es sabia el hombre no lo es. El cuidado de la vida a la luz de la filosofía*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Cátedra Manuel Ancizar

Bourdieu, P. (2010). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama

Bucay, J. (2003). *El camino de la autodependencia*. Barcelona: Griljalbo

Burguete, D., Ramón, M. J., & Martínez, G. (2010). Actitudes de género y estereotipo en la enfermmería. *Cultura de los cuidados, Año XIV(28)*, 39 - 48

Cabré, T., Prat, M., & Joan, T. (2008). *Joan Coromines i la filología románica*. Barcelona: ICREA UAB

Calero, M. d., & Pedregal, M. (2012). La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal. *Ética de los cuidados*, 5(10)

Campinha-Bacote, J. (2002). Tehe process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184

Canal Biblos. (2014). *Blog de la Biblioteca y Archivo de la Universidad Autónoma de Madrid*. Obtido de https://canalbiblos.blogspot.com.es/2014_09_01_archive.html

Canalejas y Méndez. (18 de novembro de 1888). Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas. *Gaceta de Madrid*(323), p. 516

Canales, T. (2012). *hombres contra la violencia blosspot*. Obtido de http://hombrescontralaviolencia.blogspot.com.es/2012_08_12_archive.html

Capel Martínez, R. M. (1999). *Mujer y trabajo en el siglo XX*. Madrid: Arco Libros.

Carlos, A. J. (01 de 2015). *pt.slideshare.net*. Obtido de <http://pt.slideshare.net/joaocarlosphbg3/atualidades-enem-2015>

Carrasco, M. d., Manuel, M., & Arenas, J. (2005). Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, Año IX(18), 52-59

Carreira, S. (11 de novembro de 2011). *En Europa, los médicos quedan para las cosas difíciles*. Obtido o 2 de xullo de 2013, de http://www.lavozdegalicia.es/coruna/2011/11/11/0003_201111H11P76992.htm

Carrero, V., Soriano, R. M., & Trinidad, A. (2012). *Teoría fundamentada. Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Casabona, I., & Lillo, M. (2006). Gestión de Cuidados de salud y competencia cultural. *Cultura de los cuidados*, 2º semestre(Año X nº 20), 83-86

Cassany, D. (2010). *La cocina de la escritura*. Barcelona: Anagrama

Cassany, D. (2013). *Afilar el lapicero. Guía de redacción para profesionales*. Barcelona: Anagrama

Castiñeira, H. (2016). *Las uvis de la ira*. Barcelona: Plaza y Janés

Castiñeira, H. (2016). www.facebook.com/Enfrmrasaturada/. Obtido de <https://www.facebook.com/Enfrmrasaturada/>

catalunya vanguardista. (2015). *la division sexual de los neandertales*. Obtido de <http://www.catalunyavanguardista.com/catvan/division-sexual-del-trabajo-en-los-grupos-neandertales/>

Ceballos, P. (2010). *Desde los ámbitos de enfermmería, analizando el cuidado humanizado*. *Ciencia y enfermmería*, XVI (1), 31-35

Cela, O. (2010). *La Voz de Galicia*. Obtido de http://www.lavozdegalicia.es/lugo/2010/01/21/0003_8240899.htm

Celeiro, M. (16 de Setembro de 2014). La enfermmería tiene jerga propia. *El Progreso*, p. 6.

Chamizo, C. (2004). La perspectiva de género en enfermmería. Comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, 13(46), 40-44

Chanco Mendoza, Genaro. (4 de 07 de 2011). *slideshare.net*. Obtido de <http://es.slideshare.net/licgenaro/proceso-enfermeria-2011>

Chomsky, N. (1988). *El lenguaje y los problemas del conocimiento*. Madrid: Antonio Machado Libros

Chomsky, N. (1998). *Una aproximación naturalista a la mente y al lenguaje*. Barcelona: Prensa Ibérica

CHUA. (2011). *Noticias del CHUA*. Obtido de <http://www.chospab.es/noticiario/TextoNoticia.php?ID=0452&AN=11>

ciudadrealdigital.es. (16 de 11 de 2015). *Ciudad Rel digital. Noticias. Sanidad*. Obtido de <http://www.ciudadrealdigital.es/noticias/14564/El/Gobierno/del/PP/ningunea/a/las/C/CAA/y/les/obliga/a/pagar/los/platos/rotos/del/disparate/de/la/prescripcion/enfermeria>

Clifford, G. (1997). *La interpretación de las culturas*. Barceona: Gedisa

Clifford, J. (1995). *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Barcelona: Gedisa

Clyro, B. (2007). *Biffy-Clyro-Puzzle-Cover*. Obtido de https://www.google.es/search?q=Biffy-Clyro-Puzzle-Cover&sa=X&rlz=1C1RZHW_enES674ES674&biw=1093&bih=541&tbm=isch&tbo=u&source=univ&ved=0ahUKEwixulnPmcrQAhXEtBoKHAAuBIYQsAQIlg

Cohen, H. A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo

colegiocooperativaalcazar. (2015). Obtido de <http://www.colegiocooperativaalcazar.es>:
http://www.colegiocooperativaalcazar.es/site/actividades/proyectos_infantil_1_eva_2014/cuerpo_humano_1_infantil/cuerpo_humano_inf_15.html

Collière, F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw Hill-interamericana

Comelles, J.M. (1993). *La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria*. Revisiones en Salud Publica, n. 3 p.169-192

Comelles, J.M. (2003). *Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina*. Quaderns de l'institut Català d'Antropologia nº19. Barcelona: Institut Català d'Antropologia en:

<http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/95566/144313>, p. 111-131

Comite Internacional de la Cruz Roja. (22 de agosto de 1864). Obtido o 17 de outubro de 2015, de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/treaty/treaty-1864-geneva-convention-1.htm>

Concello de Becerreá. (2004). *Concello de Becerreá. Porta dos Ancares*. Obtido de http://www.concellobecerrea.es/portal_localweb/contenedor_ayto_becerrea.jsp?seccion=s_fdes_d4_v2.jsp&contenido=835&tipo=6&nivel=1400&layout=contenedor_ayto_becerrea.jsp&codResi=11&language=es&codMenu=407&codMenuPN=410&codMenuSN=369

Conde, F. (2010). *Análisis sociológico dle sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. (1998). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (16 de Xaneiro de 2013). La nueva ley de Servicios profesionales será beneficiosa para el paciente, el profesional y el sistema sanitario. *Diario Enfermero*

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (20 de Febreiro de 2013). La ministra de Sanidad y el presidente del Consejo General de Enfermería han analizado las clavs fundamentales para el futuro del Sistema Nacional de Salud. *Diario Enfermero*

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2013). *Organización Colegial de enfermería*. *Diario enfermero*. Obtido o 12 de decembro de 2014, de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/7421-la-ratio-de-enfermeros-espanoles-a-la-cola-de-europa-una-vez-mas#.Vi9LrLcvfIU>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2014). Obtido o 8 de Novembro de 2014, de El 96% de los enfermeros se ha sentido estresado en alguna ocasión en su lugar de trabajo: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/5405-el-96-de-los-enfermeros-se-ha-sentido-estresado-en-alguna-ocasi%C3%B3n-en-su-lugar-de-trabajo#.Vi9oPrcvfiU>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2014). *Organización Colegial de Enfermería*. Obtido o 20 de decembro de 2014, de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/5327-la-mesa-estatal-de-la-profesi%C3%B3n-responde-a-francisco-miralles-de-cesm-que-calific%C3%B3-la-enfermer%C3%ADa-como-profesi%C3%B3n-de-rango-inferior#.Vi9s8LcvfIU>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2014). *Organización Colegial de Enfermería*. Obtido o 20 de decembro de 2014, de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/5663-m%C3%A1ximo-gonz%C3%A1lez-jurado-responde-a-francisco-miralles-cesm-todos-somos-facultativos#.Vi91XbcvfIU>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (setembro de 2015). *Organización Colegial de Enfermería*. Obtido o 1 de outubro de 2015, de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/3638-los-enfermeros-estrenan-videoblogs#.VjCphbcvfIU>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Departamento de Comunicación. (2012). La Asamblea General de la organización colegial de enfermería de España, alerta sobre la situación crítica que está viviendo la profesión y anuncia una estrategia inminente. *Diario Enfermero*

Consejo Internacional de Enfermeras . (20 de agosto de 2015). *Consejo Internacional de Enfermeras* . Obtido o 1 de setembro de 2015, de La definición de enfermería: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

Consejo Internacional de Enfermería. (1993). *La calidad los costos y la enfermería*. Obtido o 5 de febreiro de 2015, de www.icn.ch/psvalnesp.html

consultores.com. (04 de 05 de 2015). *contruye una organizacion que funcione: metodología*. Obtido de <http://www.g2consultores.com.mx/construye-una-organizacion-que-funcione-una-metodologia/>

Coria, J. (2012). Enfermeir@s. COE Lugo

coveralia. (2013). www.coveralia.com. Obtido de <http://www.coveralia.com/discos/expulsados-expulsados.php>

Cucó, J. & Pujadas, J.J. (1990). *Identidades colectivas. Etnicidad y Sociabilidad en la Península Ibérica*. Valencia: Generalitat Valenciana

cuidando.es. (02 de 2015). www.cuidando.es/recursos-2-0-para-gestionar-y-seleccionar-informacion/. Obtido de <http://www.cuidando.es/recursos-2-0-para-gestionar-y-seleccionar-informacion/>

cuid-arte-mucho.blogspot. (2015). *cuid-arte-mucho.blogspot.com.es*. Obtido de <http://cuid-arte-mucho.blogspot.com.es/>

Darriba, P. (1999). Las metáforas en el lenguaje hospitalario. *Cultura de los cuidados, Año III*(6), 54-58.

De Arana, J.I. (2000) *Diga Treinta y Tres*. Madrid: Espasa Calpe

De la Mota, I. H. (1988). *Función social de la información*. Madrid: Paraninfo

De la Rosa Zamora, O. (4 de 12 de 2016). *El independiente*. Obtido de <http://www.el-independiente.com.mx/casi-la-mitad-de-las-mujeres-sufre-violencia-psicologica-en-su-hogar/>

De química. (2016). [http://dequimica.com/web/plasma/idro para laboratorio](http://dequimica.com/web/plasma/idro%20para%20laboratorio). Obtido de <http://dequimica.com/web/plasma/>

Del Campo Villares, J. L. (25 de 06 de 2009). *Coaching para el día a día José Luis Del Campo Villares*. Obtido de <http://delcampovillares.com/tag/palabras/>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *El campo de la investigación cualitativa* (Vol. I). Barcelona: Gedisa

Departamento de comunicación de Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (16 de Xaneiro de 2013). La nueva Ley de Servicios Profesionales será beneficiosa para el paciente, el profesional y el sistema sanitario. *Diario Enfermero*

Departamento de comunicación de Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (15 de Abril de 2013). Ya está disponible el resumen del video de la presentación de las 85 propuestas de enfermeros y médicos para garantizar las sostenibilidad del SNS. *Diario enfermero*

Dexeus, S. (2011). Prólogo. En S. Frouchtmann, *Ser enfermera* (p. 12). Barcelona: Plataforma Editorial

diariodicen. (2015). www.diariodicen.es. Obtido de www.diariodicen.es/201511/monumentos-enfermeros-monumento-a-la-duquesa-de-la-victoria-madrid

diarioenfermero.es. (2014). diarioenfermero.es. Obtido de <http://diarioenfermero.es/actuaciones-en-diversos-campos/>

diarioenfermero. (30 de 01 de 2016). diarioenfermero.es. Obtido de <http://diarioenfermero.es/el-monumento-mas-grande-de-logrono-para-las-enfermeras/>

Díaz de Rada, Á. (2011). *El taller del etnógrafo. Materiales y herramientas de investigación en Etnografía*. Madrid: UNED

Díaz de Rada, V. (2005). *Manual de trabajo de campo en la encuesta*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Díaz, M. d. (2002). *El riesgo en salud: Entre la visión del lego y el experto*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

Díez, L. (24 de 11 de 2016). *Redacción Médica. com*. Obtido de <http://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-tiene-la-peor-ratio-de-enfermeras-por-medico-de-la-zona-euro-3065>

Dingwall, R. (2004). *Las profesiones y el orden social en una sociedad global*. Obtido o 2015, de Revista electrónica de investigación educativa;6 (1): <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/95/165>

dinoviolenia.blogspot.com.es. (08 de 2013). *dinoviolenia.blogspot.com.es/2013/08/frases-de-violencia-psicologica.html*. Obtido de <http://dinoviolenia.blogspot.com.es/2013/08/frases-de-violencia-psicologica.html>

Diocese Mondoñedo-Ferrol. (2015). Obtido de <http://www.mondonedoferrol.org/cms/media/especiales/xose-manuel-carballo.jpg>

Domingo, T. (2010). *Bioética y cine. De la narración a la deliberación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas

Dominguez-Alcón, C. (1983). *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide

Doural, A. G. (2014). *Miscelánea Mindoniense*. Obtido de <http://www.blogoteca.com/doural/index.php?cod=132628>

Dubert, I. (2007). *Cultura popular e imaginario social en Galicia*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela

Duque, M. C. (1 de 3 de 2010). *Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos*. Obtido o 9 de 9 de 2010, de <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-52/enfermeria5202-enfermeria/>

Echeburúa, E., Corral del, P., Sarasúa, B., Zubizarreta, I., & Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales*. Vitoria: Instituto Vasco de la mujer

Elías, J. (1994). *Organización atenta*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000

Ellis, A., & David, H. (1988). *El compromiso Social de la Enfermería como Disciplina Científica*. Concepción (Chile): Universidad de Concepción.

elperiodico. (2012). *www.elperiodico.com*. Obtido de <http://www.elperiodico.com/es/noticias/gente/muere-protagonista-del-beso-del-final-segunda-guerra-mundial-time-square-5372783>

EMAZE. (2015). *EMAZE*. Obtido de [https://www.emaze.com/@AFZCCTZF/Proceso-de-Enfermer%C3%ADa-](https://www.emaze.com/@AFZCCTZF/Proceso-de-Enfermer%C3%ADa-empresaliaregalos)

empresaliaregalos. (2015). *www.empresaliaregalos.com*. Obtido de <http://www.empresaliaregalos.com/power-bank-con-formas-de-personaje.html>

encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-52/enfermeria5202-enfermeria/

enfermera de trinchera. (2015). *enfermera de trinchera*. Obtido de <http://enfermeradetrinchera.blogspot.com.es/>

Enfermera venezolana. (2016). *ingrum.net*. Obtido de http://www.imgrum.net/user/enfermeravenezolana/2114530893/1308164876434934159_2114530893

Enfermería avanza. (2015). *enfeps.blogspot.com.es*. Obtido de <http://enfeps.blogspot.com.es>

enfermeriacomunitaria. (2015). *enfermeriacomunitaria.org*. Obtido de enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-la-comunidad/21-noticias-de-interes/57-las-enfermeras-no-son-siervas.

es.pinterest.com. (2015). <https://es.pinterest.com/explore/graduaci%C3%B3n-de-enfermera-936438321555/>. Obtido de <https://es.pinterest.com/explore/graduaci%C3%B3n-de-enfermera-936438321555/>

Eseverri, C. (1995). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Editorial Uiverstas

Eseverri, C. (2006). *Enfermería facultativa*. Madrid: Díaz de Santos

Estándares de Cuidados de Enfermería. (2013). *Estándares de Cuidados de Enfermería*. Obtido de <http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2013/08/cambio-de-turno-comunicamos.html>

Esteban, M. L., Comelles, J. M., & Díez, C. (2010). *Antropología, Género, Salud y atención*. Barcelona: Bellaterra

Fabrega, H. (1971). Biennial review of anthropology. En *Medical anthropology* (pp. 167-229). Standford: University Press

Fajardo, M. E., & Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Granada: Index de Enfermería

Fernández, C., & Lorena, P. M. (2005). Así nos muestran, ¿así somos? *Cultura de los Cuidados*, Año IX 2º semestre(18), 98-101

Fernández, C., & Pérez, M. L. (segundo semestre de 2005). *Revista de enfermería y humanidades. Cultura de los cuidados. Nº18*. Obtido o 3 de agosto de 2007, de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/228>

Fernández de Rota, J.A. (1987). *Gallegos ante un espejo. Imaginación Antropología en la Historia*. Sada. A Coruña: Edicións do Castro

Fernández, G. (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala

Fernandez, J. A. (maio de 2008). *Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión*. Obtido o 11 de outubro de 2015, de Revista Electrónica de Investigación Educativa;3 (1): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15503202>

Fernández, M. Á. (2006). *Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural*. Alicante: CECOVA. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Fernández, N. (2012). *Antropología y comparación cultural: Métodos y teorías*. Madrid: UNED.

Ferrer i Balsebre, L. (1993). *Antropología médica de la parroquia de Olelas. Municipio de Entrimo. Orense*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid

Fidalgo, X.A. (2001). *Os saberes tradicionais dos galegos*. Vigo: Galaxia

filmaffinity. (2013). www.filmaffinity.com. Obtido de <http://www.filmaffinity.com/es/film770063.html>

filostamp. (2014). filostamp.wordpress.com. Obtido de <https://filostamp.wordpress.com/2014/01/>

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Fundación Paideia Galiza y Ediciones Morata

Flusser, V. (2015). *Vers une définition de la musique em milieu de la santé*. Obtido o 15 de 11 de 2015, de les-musiciens-de-l-accueil.org/fondement

fnac. (2015). www.fnac.es. Obtido de <http://www.fnac.es/a408562/Playmobil-Click-Enfermera-Gigante-Merchandising-Colecciones>

folklore-fosiles-ibericos.blogspot. (s.d.). *folklore-fosiles-ibericos.blogspot.com.es*.
Obtido de http://folklore-fosiles-ibericos.blogspot.com.es/2012_08_01_archive.html

Foro de cultura de defensa. (17 de 04 de 2013).
forodeculturadedefensa.blogspot.com.es. Obtido de
<http://forodeculturadedefensa.blogspot.com.es/2013/04/las-damas-del-ejercito-sanidad-militar-i.html>

fotosdedisfraces.com. (s.d.). *www.fotosdedisfraces.com*. Obtido de
<http://www.fotosdedisfraces.com/>

Francisco, I., Fonseca, M., & Castilho, V. (2002). *A enfermagem e o gerenciamento de custos*. Obtido o marzo de 2014, de Revista da Escola de Enfermagem da USP:
<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41299/44864>

Frankenberg, R. (2003). Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. *Cuadernos de antropología social* .17 n1, 11-27.

Frouchtmann, S. (2011). *Ser enfermera*. Barcelona: Plataforma Editorial

Fundación José Llopis. (2014). *www.museohistoricodeenfermeria.org*. Obtido de
http://www.museohistoricodeenfermeria.org/lista_colecciones.php?cat=12

FUNDETEC. (2015). *Bioética en la enfermmería*. Obtido de <http://fundetec-enfermeria.blogspot.com.es/2015/08/bioetica-en-la-enfermeria-la-etica-y.html>

fundinveq8.blogspot.com.es. (20 de 11 de 2011). *Fundamentos de investigación*.
Obtido de <http://fundinveq8.blogspot.com.es/2011/11/caracteristicas-del-lenguaje-cientifico.html>

Gabinete de Prensa Hospital Vigen de la Victoria. (20 de 02 de 2012).
www.juntadeandalucia.es. Obtido de
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvetiquetas/educacion-en-salud?page=1>

Galao Malo R, L. C. (2 de Abril de 2005). *Evidentia* . Obtido o 6 de decembro de 2013, de ¿Qué es la enfermmería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99ar>

Galipedia. (2011). *Galipedia*. Obtido de
https://gl.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Lugo,_plaza_de_Ferrol.jpg#filelinks

Gallardo, S. (2014). *La vida es suero. Historias de una enfermera saturada*. Barcelona: Plaza y Janés.

Gallardo, S. (2015). *El tiempo entre suturas*. Barcelona: Plaza y Janés.

García, C. (2005). *Psicoterapeutas.com*. Obtido o decembro de 2015, de www.psicoterapeutas.com/violencia_de_genero.html

García, C., & Martínez, M. L. (2007). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier

García, G.A. & Ramírez, J.M. (1996). *Diseño y evaluación de Proyectos sociales*. Zaragoza: Certeza libros.

García, I., & Gonzalbes, E. (Abril de 2013). *Enfermería Global*. Obtido o 6 de junio de 2014, de Revista trimestral de Enfermería Nº 30. Surgimiento y desarrollo de la historia de la enfermería en España: www.um.es/eglobal/

García, J. (2009). *El rapto de Hígea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad*. Bilbao: Virus

García, J. (2015). *La sanidad contra la salud*. Madrid. Ediciones i

García-Nadal, R. (2012). [rufigarcianadal.es/pintura/main.php](http://www.rufigarcianadal.es/pintura/main.php). Obtido de http://www.rufigarcianadal.es/pintura/main.php?g2_itemId=263

Gedescó. (13 de 11 de 2014). www.gedescó.es/blog. Obtido de <http://www.gedescó.es/blog/intermediario-proceso-productivo/>

Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós

Gibbs, G. (2012). *El análisis de los datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Giddens, A. (2002). *Género y sexualidad*. Madrid: Alianza Universidad

Ginger, J., & Davidhizar, R. (13 de xullo de 2002). The Ginger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *J Transcult Nurs*, 185-8

globomídia. (2015). globomidia.com.br. Obtido de <http://globomidia.com.br/educacao/florence-nightingale>

GOCSA. (2010). Obtido de http://www.gocsa.es/not1.asp?id_noticia=15&Idioma=1

Gondar, M. (1993). *Crítica da razón galega*. Vigo: A Nosa Terra

Gondar, M. (2004). *Do patrimonio á identidade, da identidade á palabra, da palabra á comunicación subliminal*. I Congreso de Patrimonio Etnográfico Galego. Ourense: Deputación Ourense, 245-260

Gondar, M. (2011). *Lingua e cultura propia como instrumento terapéutico. Cara á superación do modelo biomédico na atención sanitaria*. Lingua e Sanidade VII Xornadas sobre lingua e Usos. A Coruña: Servizo de Normalización Lingüística da udc, 23-51

Gondar, M. (2012). Lingua, cultura e saúde. A voltas co modelo biomédico na atención sanitaria. *A trabe de Ouro*, I(Año XXIII), 13-35

González Jurado, M. (2016). *Bitácora enfermera*. Obtido de <http://bitacoraenfermera.org/tag/prescripcion-enfermera/>

Gonzalez, C., & Martínez, F. (2010). *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*. Granada: Editorial Comares

González, L., & Bernalde, Á. (2011). Las categorías de género vistas por los jóvenes universitarios de la facultad de enfermería de la Univesidad de Cádiz. *Cultura de los cuidados*, Año XV(29), 47 - 56

Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra

google. (2015). www.google.es. Obtido de www.google.es/search?biw=1093&bih=545&tbm=isch&sa=1&q=carteles+enfermeria&oq=carteles+enfermeria

google.com. (2012). pinterest.com. Obtido de <https://es.pinterest.com/pin/304907837247771663/>

google.es. (2015). www.google.es/search?q=barbie+enfermera. Obtido de https://www.google.es/search?q=barbie+enfermera&hl=es&biw=1093&bih=541&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwioxqTPleDQAhVIPBoKHYU2DdoQsAQIGQ#imgrc=_

Gordoa, V. (1999). *El poder de la imagen pública*. México: Grijalbo

Goyeneche, M. (Director). (2014). *Las enfermeras de Evita* [Película]

Gracida Meda, R. (2015). *Mitos sobre los hombres que son enfermeros*. Obtido de Enfermería.ME: <http://enfermeria.me/mitos-sobre-los-hombres-enfermeros/>

Gregoris, Á. M. (28 de Outubro de 2015). *La enfermería: "El Gobierno ha convocado esta huelga competencial"*. Obtido o 30 de Outubro de 2015, de <http://diarioenfermero.es/la-enfermeria-el-gobierno-ha-convocado-esta-huelga-competencial/>

Guasch, Ó. (2002). *Observación participante*. Madrid: Centro de Investigación Sociológicas.

Guinea-Martín, D. (2012). *Trucos del oficio de investigador. Casos prácticos de investigación social*. Barcelona: Gedisa

Gutiérrez, J. (2008). *Dinámica del grupo de discusión*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Hablemos de psicología. (2013). *Hablemos de psicología*. Obtido de <http://patriciapsicologa.blogspot.com.es/2013/07/el-paso-del-tiempo.html>

hablemosdeenfermeria.blogspot.com.es. (14 de 12 de 2015). *Hablemos de Enfermería*. Obtido de <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com.es/2015/12/sistemas-de-trabajo-en-enfermeria.html>

Hahn, R. A. (1995). *Sickness and healing. An anthropological perspective*. New Haven y Londres: Yale Univerity Press

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2001). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica

Harris, M. (2006). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial

Heidegger, M. (1995). *Ser y Tiempo*. Obtido o 2 de agosto de 2015, de www.philosophia.cl/Ecuella de Filosofía Universidad ARCIS

Heidegger, M. (1998). *Ser y tiempo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria

Heierle, C. (2009). La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: la prensa escrita. *Index de enfermmería*, 18(2), 95-98

Henderson, V. (1998). *La naturaleza de la enfermmería, reflexiones 25 años después : una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana

Henderson, V., & Nite, G. (1978). *The principles and Praticce of nursing*. New York: Macmillan

Hernandez, J. (2013). *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*. Las Palmas de Gran Canaria: La Bucanera

Hernández, J. F. (2010). *La enfermmería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid: Fundación Alternativas

Hernández, J., Albert, M. E., & Moral de Calatrava, P. (2002). *Fundamentos de enfermmería. Teoría y método*. McGraw-Hill. Interamericana

Hernández, O. (22 de 04 de 2015). [youtube.com/watch?v=L7ksKcjSzxs](https://www.youtube.com/watch?v=L7ksKcjSzxs). Obtido de <https://www.youtube.com/watch?v=L7ksKcjSzxs>

Hespérides. (2007). *Hespérides*. Obtido de <http://asociacionhesperidesandalucia.es/2016/09/24/jornadas-conmemorativas-150-aniversario-de-la-ley-moyano-maestros-y-maestras-profesores-y-profesoras-en-la-educacion-andaluza-150-anos-de-historia-jerez-noviembre-2007/>

Higinio, G. J. (2009). *Fábulas (traducción Javier Del Hoyo, Jose Miguel García Ruíz)*. Madrid: Gredos

hkgalden. (28 de 08 de 1014). hkgalden.com. Obtido de <http://hkgalden.com/view/180635>

Hodgson, A. (2005). *A una milla de Huesca*. Zaragoza: Rolde de estudios Aragoneses. Prensas Universitarias de Zaragoza

<http://enfeps.blogspot.com.es>. (2013). enfeps.blogspot.com.es. Obtido de <http://enfeps.blogspot.com.es/2013/07/la-ciudad-de-elche-dedica-una-palmera.html>

<http://enfermeriauva.blogspot.com.es>. (2015). *Citas y referencias bibliografica*. Obtido de <http://enfermeriauva.blogspot.com.es/2015/04/citas-y-referencias-bibliograficas.html>

<http://java.mob.org.es/game>. (2014). java.mob.org.es. Obtido de <http://java.mob.org.es/game>

Hunter, D. (2001). *From tribalism to corporatism: the managerial challenge to medical dominance*. London

Hydén, L.-C., & Brockmeier, J. (2008). *Health, illness and culture : broken narratives*. New York: Routledge

Ibarra, T., & Siles, J. (2006). *Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería*, dixital. Obtido o 16 de novembro de 2011, de Index de Enfermería: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6274.php>

iberlibro. (2013). www.iberlibro.com. Obtido de <https://www.iberlibro.com/libros/libros-antiguos-charles-dickens.shtml>

Icart, M., Delgado-Hito, P., & De la cueva, L. (2014). *Enfermeras en el cine. La profesión en imágenes*. Barcelona: Publicaciones i Edicions d la Universitat de Barcelona

Ignis Fatuus. (2015). Obtido de http://ignisfatuus132.blogspot.com.es/2016/04/abracadabra-magos-y-brujas-en-la_30.html

Izquierdo, J. M. (2004). *Enfermería Médico Quirúrgica II. Curso 2004-2005*. Obtido o 15 de novembro de 2015, de crobayna.webs.ull.es/enfmqtercer/programa.pdf: <http://crobayna.webs.ull.es/enfmqtercer/programa.pdf>

Jackson, Á. (2012). *Para nosotros era el cielo. Pasión, dolor y fortaleza de Patience Darton: de la Guerra civil española a la China de Mao*. Barcelona: San Juan de Dios

Jiménez, M. Á. (2015). *Maketing de los servicios de la salud par no marketinianos*. Madrid: Pirámide

Joly, F. (1988). *La cartografía*. Barcelona: Oikos-Tau

[juanlusanchez.com/archivos](http://www.juanlusanchez.com/archivos). (15 de 08 de 2008). *juanlusanchez.com*. Obtido de <http://www.juanlusanchez.com/archivos/2008/08/15/georgia-los-flamencos-y-kosovo/>

[juegospom](http://www.juegospom.com). (2014). *www.juegospom.com*. Obtido de <http://www.juegospom.com/?s=besos+con+la+enfermera>

[juguetilandia.com](http://www.juguetilandia.com). (s.d.). *www.juguetilandia.com*. Obtido de <https://www.juguetilandia.com/producto/disfraz-enfermero-a-dos-caras-hombre-talla-l-46489.htm>

Julio, C. (2015). *dirigiendopymes.blogspot.com.es*. Obtido de <http://dirigiendopymes.blogspot.com.es/2011/04/detalles-cuidar-en-redes-sociales.html>

Jurado, M. G. (23 de Diciembre de 2015). *Compromiso Enfermero con Máximo González Jurado*. Obtido o 23 de Diciembre de 2015, de <https://maximogonzalezjurado.com/2015/12/23/nuestra-profesion-nunca-se-rinde-ante-las-adversidades/#more-330>

Kaulitz, A. (03 de 04 de 2014). *sinamicasocial blogspot*. Obtido de <http://dinamicasocial3la11trabajo.blogspot.com.es/2014/04/12-aplicacion-de-la-dinamica-social.html>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Doyma

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Kuhn, T. (1970). *The estructure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press

Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.

La página de la vida. (3 de Xuño de 2015). *La página de la vida*. Obtido o 6 de Xullo de 2015, de La personalidad y la imagen externa: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/pesonalidadimpsiq.htm>

lahiguera.net. (2014). *www.lahiguera.net*. Obtido de www.lahiguera.net/musicalia/artistas/melendi/disco/6326/portada.php

Laín, P. (1968). *El estado de enfermedad*. Madrid: Moneda y Crédito

Laín, P. (1970). *Historia de la Medicina*. Madrid: Salvat

Lamela, M.C.(1998). *La cultura de lo cotidiano. Estudio sociocultural de la ciudad de Lugo*. Madrid: Akal

Landeros-Olvera, E., & Salazar-Gómez, T. d. (2006). Reflexiones sobre el cuidado. *Medigraphic Artemisa*, 14(3), 121-122

Langdom, E., & Wiik, F. (Maio de 2010). *Revista Latinoamericana de enfermagem* 18(3). Obtido o 27 de Setembro de 2015, de Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf

Langle, A. (08 de 2016). *incrivel club*. Obtido de <https://incrivel.club/inspiracao-psicologia/burnout-sindrome-de-esgotamento-67255/>

Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires : Ediciones del Sol.

Lara y Mateos, R. M. (1994). *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*. México DF: Plaza y Valdés

Leddy, S. & Pepper :M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York: Editorial J.B Lippincott (1ª impresión en español)

Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity. A. Theory of Nursing*. New York

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing*. 57-90

Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y as aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 5-8

Leininger, M., & Mc Farland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. USA: Mc Graw-Hil

leoconpapaymama. (2015). *leoconpapaymama*. Obtido de <http://leoconpapaymama.blogspot.com.es/>

LFTRADGE. (18 de 05 de 2015). *Historia de la Fisioterapia*. Obtido de lftragde.wordpress.com/2015/05/18/20/

Lillo, M. (2002). Antropología, Género y Enfermería contemporánea. *Revista ROL de enfermmería*, 25(12), 56-62

Lillo, M. (2005). Asesoramiento en cuidados Culturalmente competentes y evaluación de la satisfacción en el paciente holandés del plan de choque intereuropeo. Alicante

Lipovetsky, G. (1999). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama

Lipson, J. (2000). Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)*, 28-29

Lison, C. (2008). *De la estación del amor al diálogo con la muerte*. Madrid: Akal

López, Á. (9 de Abril de 2015). *Guerra abierta por la prescripción de Enfermería*. Obtido o 15 de Abril de 2015, de <http://www.elmundo.es/salud/2015/04/09/5525762eca4741c7478b456b.html>

López, M.C.; Inglada, M.; Cat, M.A. & Barceló A.M. (1998) *Autopercepción del rol enfermero en Atención Primaria*. Barcelona: Revista Metas de Enfermería (8): 12-17

Lorente, B. (2004). Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, 39-53

lourdesmedinaribagorda. (2014). *lourdesmedinaribagorda.wordpress.com*. Obtido de <https://lourdesmedinaribagorda.wordpress.com>

luisafercognicion. (2016). *luisafercognicion.blogspot.com.es*. Obtido de <http://luisafercognicion.blogspot.com.es/>

Maglio, P. (2008). *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires Argentina: Libros del Zorzal

Magliozzi, P. (2006). Humanizar para una nueva salud y sanación hoy. *Ars médica*, 35(1).

Mahoney, M. E. (21 de 08 de 2015). *Enfermería Avanza*. Obtido de <http://enfeps.blogspot.com.es/2015/08/escuelas-de-enfermeria-americanas-y-la.html>

Maíz, R. (2012). *O(s) sentido(s) da(s) cultura(s)*. Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega

Majias-Padilla, V. (2007). *Revista de Enfermería en Costa Rica*. Obtido o 24 de setembro de 2014, de ¿por qué intervenir en la elaboración de la Política de Enfermería?: <http://revista.enfermeria.cr/ediciones/edicion-x-3#article154>

Malinoswski, B. (1984). *Una teoría científica de la cultura*. Madrid: Sharpe.

- Manguel, A. (2002). *Leer Imágenes*. Madrid: Alianza
- Manzano, V.G.; Rojas, A.J. & fernández, J.S. (1996). *Manual para encuestadores. Fundamentos del trabajo de campo. Aspectos prácticos*. Barcelona: Ariel
- Marín, M. (1992). Socialización y comunicación. En I. A. Gi, F. Loscertales, M. Marín, F. Guil, & J. Juidías, *La interpretación social en la educación* (pp. 97-128). Sevilla: Sedal
- Marina, J.A. (2010). *Las culturas fracasadas. El talento y la estupidez de las sociedades*. Barcelona: Anagrama
- Marinas, J.M. (2007). *La escucha en la historia oral*. Madrid: Síntesis
- Mariño, X.R. (1987). *Las Romerías/Peregrinaciones y sus símbolos*. Vigo: Edicións Xerais.
- Marrero, C. (2013). Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. . *ENE. Revista de Enfermería*.
- Marriner, A., & Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermmería*. Madrid: Elsevier
- Martínez, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Antrophos
- Martínez, J. (2001). *Tolerancia y derechos fundamentales en las sociedades multiculturales*. Madrid: Editorial Tecnos
- Maya, M. C. (2003). *Universidad de Antioquia*. Obtido o 3 de abril de 2015, de Identidad Profesional: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/3035/2799>
- Mazarrasa, L. (1999). Género y salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. *Rol de género entre la relación entre el personal de enfermmería y el personal médico* (pp. 34-36). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer
- Medina, J. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermmería*. Barcelona: Publicacions i ediciones de la Universidad de Barcelona
- Mejias-Padilla, V. (2007). *Revista de Enfermería en Costa Rica*. Obtido o 24 de setembro de 2014, de ¿por qué intervenir en la elaboración de la Política de Enfermería?: <http://revista.enfermeria.cr/ediciones/edicion-x-3#article154>
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing. Development and Progress. Fifth edition*. . Philadelphia: Theoretical nursing. University of Pensilvania

Melendo, T. (2012). *Cómo elegir, madurar y confeccionar un trabajo de investigación*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias

Miarroba Networks S.L. (s.d.). *subefotos.com*. Obtido de <http://subefotos.com/ver/?94b3235fdb046aff6d21c183ce3ba47co.jpg>

Miller, M. (2015). *Assassin's creed*. Girona: Panini comics

Miralles, M.T. (2013). *La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos y su correspondencia ideológica educativa*. Murcia: Diego Marín Editores

Miralles, M.T. (2014). *La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos desde 1840 hasta el 2000. Una contribución a la historia de la enfermmería*. Madrid: Universidad Complutense. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Miro, M., Gallego, G., Palou, M. F., Gallo, J., Ponsell, E., & Alorda, C. (1996). *Vinculación del profesional de enfermmería con el cine pornográfico, XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente*. Cuenca: AEDD

Moliner, M. (2008). *Diccionario de uso del Español*. Madrid: Gredos

Mompart, M.P. (1994). *Administración de los servicios de enfermmería*. Barcelona: Masson-Salvat

Montero, A. (2009). *Una lei centenaria: la ley de instrucción de instrucción pública (ley Moyano, 1857)*. Obtido o 18 de xullo de 2014, de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/vscripts/wginer/w/rec/3111.pdf>

Montes, V. (s.d.). *Feminismo & patriarcado: historia*. Obtido de Taringa.net: <http://www.taringa.net/posts/info/15348685/Feminismo-Patriarcado-Historia.html>

Montesó Curto, P. (2011). *Mujeres y Enfermería: Cambio social*. Tarragona: Silva Editorial

Moore, T. (2011). *El cuidado del alma en la medicina. Una guía espiritual para los enfermos y las personas que cuidan de ellos*. Barcelona: Urano

mujeres en la historia. (09 de 2014). *www.mujeresenlahistoria.com*. Obtido de <http://www.mujeresenlahistoria.com/2014/09/el-angel-de-varsovia-irena-sendler-1910.html>

Muñiz Toyos, N. (maio de 2014). *ENE, Revista de Enfermería 8 (1)*. Obtido o 25 de setembro de 2014, de ENE: <http://ene-enfermeria.org/ojs>

Muñoz, A. (marzo de 2015). *Diario Enfermero*. Obtido o 6 de marzo de 2015, de <http://diarioenfermero.es/la-enfermeria-denuncia-la-imagen-denigrante-de-la-profesion-que-difundio-el-cartel-de-una-fiesta-en-ciudad-real/>

Nash, M. (2006). *Rojas: Las mujeres republicanas*. Madrid: Taurus

Nash, M., & Marre, D. (2001). *Multiculturalismos y género*. Barcelona: Bellaterra

natcascant. blogspot.com. (2012). *Futura enfermera comunitaria*. Obtido de http://natcascant.blogspot.com.es/2012_11_01_archive.html

Nauderer, T., & Lima, M. (2005). Nurse's image. *Review Rev. Bras Enferm*, 58(1), 74-77.

Navarraconfidencial. (3 de 02 de 2011). www.navarraconfidencial.com. Obtido de <http://www.navarraconfidencial.com/2011/02/03/es-legal-el-sistema-espanol-de-pensiones/>

Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermmería. Qué es y qué no es*. Madrid: Elsevier

noticias.universia.com.ar/cultura/noticia. (12 de 05 de 2015). Obtido de <http://noticias.universia.com.ar/cultura/noticia/2016/05/12/1139332/12-mayo-dia-internacional-enfermeria.html>

Ocampo, E. (8 de maio de 2015). www.farodevigo.es. Obtido o 9 de maio de 2015, de Galicia necesita multiplicar por 17 el número de enfermeros para llegar a la media europea: <http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2015/05/08/galicia-necesita-multiplicar-17-numero/1235556.htm>

OMS. (s.d.). *Temas de Salud. Enfermería*. Obtido o 06 de junio de 2014, de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

Organización Colegial de Enfermería de Galicia. (2014). Libro Blanco de la Enfermería Gallega en cifras 2013. Santiago de Compostela: Consello Galego de Enfermería

Organización Mundial de la Salud. (2015). Obtido o 18 de febreiro de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

Oroz, J. (1982). *San Isidoro de Sevilla, Etimologías*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. .

Ortiz, T., Birriel, J., & Ortega, R. (2004). *Gaceta Sanitaria. Nº18 (Suplemento 1)*. Obtido o 15 de setembro de 2015, de Parte II. Temas actuales de salud pública: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s1/05profesiones.pdf>

Osasun Eskola Blog. (2015). *Paciente Activo*. Obtido de <https://osakidetzaarenosasuneskola.com/category/esti/>

Osorio Merchán MB, L. D. (2008). *Index de Enfermería (edición digital)* . Obtido o 4 de novembro de 2013, de Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6757.php>

Otero, L.(2004). *La Sección Femenina*.Madrid: Edaf, S.A.

Outeiriño, M.; Albrow, M.; Appadurai, A.; Dürrschmidt, J.; Eade, J.; Halliday, F.; Hannerz, U.; Held, D.; Marcuse, P.; Herbert I. S. & Washbourne, N. (2011).

Globalización e imperialismo cultural. Vigo: Galaxia

Palou, M. A. (2016). Percepción de las enfermeras sobre taxonomías NANDA, NOC, NIC como herramient de trabajo para el cuidado del paciente en un hospital de agudos. *Archivos de la memoria*, 13(2)

paraestudarlugo.com. (2016). *O mellor está en Lugo*.Programa de axudas da USC e da Deputación de Lugo para estudar no Campus Terra. Obtido de <http://paraestudarlugo.com/campus-terra/escola-universitaria-de-enfermeria-centro-adscrito/>

Parentini, M. R. (2002). *Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. Montevideo: Ediciones Trilce

Parsons, T., & Fox, R. (1952). Illness, Therapy and the American Family. *Journal of Sociology*, 8, 31-44

Peinado Rodríguez, M. (2012). *Enseñando a señoritas y sirvientas. Formación femenina y clasismo en el franquismo*. Madrid: Catarata

Perdiguero, E. (1996). *Salud y enfermedad una visión antropológica* (Vol. Tomo I). Madrid: Mcgarw-Hill. Interamericana

Perdiguero, E., & Comelles, J. M. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra

periodicos.es salud extremadura. (02 de 08 de 2010). *periodicoses.saludextremadura.com*. Obtido de <http://periodicoses.saludextremadura.com/noticia.php?id=476>

PFLEGEDIENST MALLORCA. (2016). Obtido de <http://www.pflegedienstmallorca.com/de>

Picazzo, A. (2015). *Viajeros lejanos*. A Coruña: Ediciones del Viento.

pinterest. (2015). <https://es.pinterest.com>. Obtido de <https://es.pinterest.com/pin/404409241510158824/>

Piñeiro, R. (2007). *A linguaxe e as linguas*. Vigo: Editorial Galaxia.

Plumer, K. (1989). *Los documentos personales. Introducción a los problemas y bibliografía al método humanista*. Madrid: Siglo XXI

- Polegre, A. (2015). *Enfermera en apuros*. Barcelona: Planeta
- Pollard, E. F. (2010). *Nightingale, Florence. La amiga del soldado herido*. Bilbao: Colegio de Enfermería Bizkaia
- Pons, I. (1993). Cuadernos Metodológicos 8. *Programación dela investigación social*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas
- Porras, N. (2014). *Gredos. Universidad de Salamanca*. Obtido de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125759/1/DPPMMLHM_PorrasSantosNieves_Variablespsicosociol%C3%B3gicas.pdf
- posgrados.yucatan.gob.mx. (2016). *posgrados.yucatan*. Obtido de <http://posgrados.yucatan.gob.mx/index.php?modulo=concitey&accion=institucion&id=17>
- Pou, G. (2015). *La voz invisible*. Barcelona: Planeta
- Press, E. (27 de mayo de 2012). Feijóo: 'Darlle a comida e facerlle a cama ao paciente non é sanidade'. *ABC*
- Publicación Médica de neurología. (2011). *Enfermería neurológica*. Obtido de <http://neurologia.publicacionmedica.com/noticia/la-educacion-sanitaria-es-fundamental-en-casos-de-ictus-agudo>
- Purnell, L. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la practica, educación, admnistración e investigación. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, III(6), 91-102
- RAE. (2015). *Diccionario de la Lengua Española. Edición del tricentenario*. Obtido o 5 de novembro de 2015, de <http://dle.rae.es/?id=KzwDY4y>
- RAG. (2015). *Real Academia da Lingua Galega*. Obtido o 5 de Novembro de 2015, de <http://academia.gal/diccionario#searchNoun.do?nounTitle=imaxe>
- Ramió, A., & Torres, C. (2015). *Enfermeras de Guerra*. Barcelona: San Juan de Dios.
- Ramírez, O., & Figuera, E. (16 de 8 de 2010). *Cuidados culturales. Una alternativa en la práctica enfermera*. Obtido o 12 de 12 de 2014, de [WWW.prtalesmedicos.com/.../Cuidados-culturales-Unha alternativa-en -la-practica-de-enfermeria.htm](http://WWW.prtalesmedicos.com/.../Cuidados-culturales-Unha%20alternativa-en%20-la-practica-de-enfermeria.htm)
- Rapley, T. (2014). *Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata
- Rebolledo Malpica, D. (2013). *cultura de los cuidados*. (C. d. valenciana, Ed.) Obtido o 26 de 05 de 2015, de <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.37.01>

redjaen. (2011). *redjaen.es*. Obtido de <http://www.redjaen.es/francis/?m=c&o=117254>

redpacientes.com. (2013). *Red pacientes*. Obtido de <http://redpacientes.com/social/posts/view/69000/17906>

Reflexiones para vivir. (2013). *Blog Reflexiones para vivir*. Obtido de <http://www.reflexionesparavivir.com/reflexion/371/en-la-mano-del-alfarero-somos-barro-pensado/>

Regader, B. (2014). *Síndrome del esclavo satisfecho: cuando agradecemos los latigazos*. Obtido de Psicología y mente.net: <https://psicologiymente.net/social/sindrome-del-esclavo-satisfecho#!>

Reimondez, M. (1992). *Un médico na aldea*. Sada A Coruña: Edicións do Castro

Revista Rose.es. (2015). *Revista Rose.es*. Obtido de <http://revistarose.es/los-cuidados-de-los-acompanantes-y-cuidadores-de-pacientes-oncologicos/>

revistaenfermeriaug.blogspot.com.es. (2013). *revistaenfermeriaug.blogspot.com.es*. Obtido de <http://revistaenfermeriaug.blogspot.com.es/2013/01/mitos-y-estereotipos-acerca-de-las.html>

Reyes, Isidora. (05 de 2003). *bligoo.com Gerencia, innovación y salud*. Obtido de <http://quemundo.bligoo.com.ve/virginia-henderson-definicion-de-enfermeria#.WDyuzvnhC00>

Ribeiro, E. (xaneiro de 2014). Música, salud y enfermmería. *Index de Enfermería*, 1-2

Rincón de la Psicología. (2015). *La fuerza interior: ¿Cómo desarrollarla?* Obtido de <http://www.rinconpsicologia.com/2014/11/la-fuerza-interior-como-desarrollarla.html>

Rivas, M., Domínguez, X. M., & Lozano, M. (2005). *Diccionario galego de filosofía*. A Coruña: tresCtres.

Rodríguez, A. (19 de junio de 2016). Los nuevos padres hacen tanto como las madres. *El Telgrafo*

Rodríguez, I. (2009). Unha forma diferente de maternidade. Vivencia dun pai solteiro: xestación, parto e postparto. *XIV Xornadas Internacionais da enfermaría. EUE Lugo, COE Lugo*. Lugo. Inédito

Rodríguez, J. (1910). *Superticiones de Galicia*. Madrid: Imp. Ricardo Rojas

Rodriguez, J. (2015). *La oracion perfecta*. Lugo: Sanscrito

Rodríguez, J. & Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: ESCUELA Andaluza de Salud Pública

Rodríguez, R. (01 de 03 de 2010). *Periodicos Salud Extremadura*. Obtido de <http://periodicoses.saludextremadura.com/noticia.php?id=425>

Rodríguez-Castelao, A. (1994). *Cousas*. Vigo: Galaxia

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A., & Ramírez-Pérez, M. (20 de agosto de 2014). *Enfermería Universitaria*. Obtido o 16 de xullo de 2015, de Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermmería: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/46070/41219>

Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*. Año II. n 3(3), 41-45.

Romero, G. (2015). Turnos de 12 horas. *Enfermería Facultativa*, 7-11

Romero, G. (maio de 2016). *Diario enfermero*. Obtido de <http://diarioenfermero.es/el-camino-seguir-hasta-2020/>

Rossi, I. & O'Higgins, E. (1981). *Teorías de la cultura y métodos antropológicos*. Barcelona:Anagrama

Rovira, A. (2016). *Blog Alex Rovira*. Obtido de <http://www.alexrovira.com/reflexiones/blog/articulo/la-amabilidad>

rufigarcianadal. (2014). *rufigarcianadal.es*. Obtido de http://www.rufigarcianadal.es/pintura/main/main.php?g2_itemId=263

Ruipérez, D. (26 de Novembro de 2014). *Organización Colegial de Enfermería. Consejo general de Colegios Oficiales de Enfermería de España*. Obtido o 28 de Novembro de 2014, de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/10661-el-gobierno-arranca-el-proceso-de-equiparacion-entre-diplomatura-y-grado#.Vi5sMLcvfIU>

Sacks, O. (2006). *Un antropólogo en Marte*. Barcelona: Anagrama

Sánchez, J. M. (2006). *El documento fotográfico. Historia, usos, aplicaciones*. Gijón: Ediciones Trea

sandiegored. (2012). *www.sandiegored.com*. Obtido de <http://www.sandiegored.com/noticias/21595/Dicen-adios-el-marinero-y-la-enfermera/>

Santo Tomás Pérez, M., & Mompart García, M. P. (s.d.). *abben nacional*. Obtido o 2 de mayo de 2015, de <http://www.here.abennacional.org.br/here/n3vol2artigo2.pdf>

Santo Tomás, M., A, M., Castanedo, C., Fernández, M., & I., G. (1997). Iconografía y enfermmería: un instrumento para la investigación histórica. *Index de Enfermería*, VI(19), 13-16.

Sarah. (2012). *101maltratofam.blogspot.com.es/*. Obtido de <http://101maltratofam.blogspot.com.es/>

sartef.com. (2014). *www.sartef.com*. Obtido de <http://www.sartef.com/es/azulejos-de-oficios/179-azulejo-de-oficio-enfermera-20x20cm.html>

Segalen, M. (2014). *Ritos y rituales contemporáneos*. Madrid: Alianza editorial

sellosficción. (2015). *sellosficción.blogspot.com.es*. Obtido de <http://sellosficción.blogspot.com.es/>

sellosmundo. (2012). *sellosmundo.com*. Obtido de www.sellosmundo.com

SERGAS. (2015). *www.sergas.es*. Obtido de www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-217.pdf

Serrano, P. (12 de 2014). *pascualserrano.net*. Obtido de <http://pascualserrano.net/es/noticias/la-cia-tambien-tortura-el-idioma/>

sfadaideilor.fumn.eu. (2015). <http://sfadaideilor.fumn.eu>. Obtido de <http://sfadaideilor.fumn.eu/wp-content/uploads/2014/08/TDAH-TRATAMIENTO-PSICOPEDAGOGICO.jpg>

Shadyac, T. (Director). (1998). *Patch Adams* [Película]

Sieira, S. (2011). *congreso.es*. Obtido o 12 de 3 de 2015, de <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=36&tipo=2>

Siles J, C. L. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermmería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermmería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 72-87

Siles, j. (1999). *Historia de la enfermmería*. Alicante: Aguaclara

Siles, J. (2008). Fuentes etnográficas e historia de la Enfermería. *Híades.Revista de Historia de la Enfermería* 10, 111-137

Siles, J., & Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermmería. *Cultura de los cuidados*, Año XII(21), 19-27

Siles, J., Cibana, I. L., Vizcaya, F., Gabaldón, E., Domínguez, J., Solano, C., et al. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermmería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermmería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 72-87

Siles, J., Gabaldón, E., Tolero, D., Gallardo, Y., García, E., & Galao, R. (1998). *El eslabón biológico en la Historia de los cuidados de salud. El caso de las nodrizas: una visión antropológica de la enfermmería*. Obtido o 9 de xuño de 2013, de http://www.index-f.com/index-enfermeria/20-21revista/20-21_articulo_16-23.php

Slideshare. (2016). *Slideshare*. Obtido de <http://www.slideshare.net/monikme88/2-entrega-y-recibo-de-turno>

Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias. (9 de maio de 2009). *Conferencia de Rachel Spector*. Obtido o 10 de outubro de 2014, de <http://www.seapaonline.org/noticias/59-conferencia-de-rachel-spector>

Souto Blanco, M. J. (1997). Proceso de Vega. En *Unión Libre, Cadernos de Estudios Culturais* (pp. 473-499). Sada (A Coruña): Edicions do Castro

Spector, R. (1999). Cultura, cuidados de salud y enfermmería. *Cultura de los Cuidados*. III(6), 66-73

Spector, R. (2000). La enfermmería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cultura de los cuidados*, IV(7-8), 116-127.

Spector, R. (2009). *Cultural Diversity in Health and Illness*. Upper Saddle River, NJ: Pearson

Stokowski, L. (18 de Febrero de 2011). *Asociación de enfermmería comunitaria*. Obtido o 17 de julio de 2015, de A Letter to Hollywood: Nurses Are Not Handmaidens: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-la-comunidad/21-noticias-de-interes/57-las-enfermeras-no-son-siervas.html>

Takase, M., Maude, P., & E., M. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses work behaviour. *Journal of advanced nursing*, 53(3), 333-343

Tardío, C. (16 de febrero de 2015). *Blog Enfermeros*. Obtido de <http://carlostartiocardon.blogspot.com.es/2012/03/funciones-actividades-y-tareas.html>

taringa.net. (2013). *www.taringa.net*. Obtido de <http://www.taringa.net/posts/imagenes/12863213/Carteles-rusos-de-la-II-GM-Las-mujeres.html>

Tarrés, S. (maio de 2001). *Gazeta de Antropoloxía*. Obtido o 9 de febreiro de 2007, de El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html

Taxonomía enfermera. (2016). <http://www.taxonomiaenfermera.com/>. Obtido de <http://www.taxonomiaenfermera.com/>

Taylor, S.J. & Bogdan, R ((1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica

Taymullah, L. (28 de 08 de 2015). *ttransculmien.blogspot.com.es*. Obtido de http://ttransculmien.blogspot.com.es/2015_08_01_archive.html

Techo de cristal y suelo pegajoso. (marzo de 7 de 2013). *Oficina Precaria*. Obtido de <http://oficinaprecaria.org/2013/03/07/techo-de-cristal-y-suelo-pegajoso/>

Telemundo. (2015). *Telemundo. El internet podría romperse en el 2015 por culpa de un segundo de más*. Obtido de <http://www.telemundo.com/entretenimiento/2015/01/09/el-internet-podria-romperse-en-el-2015-por-culpa-de-un-segundo-de-mas>

teoriasfundamentos. (2015). *Teorias Fundamentos - Madeleine Leininger*. Obtido de <https://sites.google.com/site/teoriasfundamentos/madeleine-leininger>

the-athenaeum.org. (2014). *the-athenaeum.org*. Obtido de <http://www.the-athenaeum.org/art/full.php?ID=89183>

tiendadedisfraces.es. (s.d.). <http://www.tiendadedisfraces.es>. Obtido de 2015: <http://www.tiendadedisfraces.es>

todocoleccion.net/fotografia-antigua-artistica/. (2015). Obtido de <http://www.todocoleccion.net/fotografia-antigua-artistica/j706-fotografia-dos-enfermeras-un-medico-una-religiosa-rf-34~x55877514>

Torralba i Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina

Tovar, J. (2 de 2014). *EFE.Salud*. Obtido de <http://www.efesalud.com/noticias/el-lado-mas-humano-de-los-hospitales-en-una-exposicion-de-la-academia-de-medicina/>

toyplanet. (2015). *www.toyplanet.es*. Obtido de <http://www.toyplanet.es/imitacion-hogar-y-entorno/4929-peppa-pig-maletin-medico-5050868065111.html>

trianarts. (2014). *trianarts.com*. Obtido de <http://trianarts.com/?s=La+enfermera+de+Masaru+Shichinohe#sthash.g316q57Z.LCaJkiBA.dpbs>

Tylor, E. B. (1871). *Primitive culture*. Londres: Murray

Ulloa, E. (2013). *El servicio religioso en el hospital. Vivencias y actividades de un capellán*. Lugo: Imp. La Voz de la Verdad.

USC. Oficina de Información Universitaria (OIU). (2015). *Atención Sanitaria, Xestión e Coidados (Especialidades de Xestión e Clínica)*. Obtido o 15 de Xuño de 2015, de <http://www.usc.es/masteres/gl/masteres/ciencias-saude/atencion-sanitaria-xestion-coidados-especialidades-xestion-clinica>

Vaamonde, P. (2014). *A saúde como negocio*. Santiago de Compostela (A Coruña): Laiovento

Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Vázquez, M. L. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Bellaterra

Velasco, H., & Díaz de Rada, Á. (2009). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid: Trotta

Velasco, H., Díaz de Rada, Á., Cruces, F., Fernández, R., Madariaga, J. d., Celeste, et al. (2006). *La sonrisa de la inquisición. Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces

Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar*. Barcelona: Paidós Ibérica

Verino, R. (2004). *¿La salud al dictado de las modas?*. Madrid: Fundación Aventis

Villares, R. (2004). *Historia de Galicia*. Vigo: Galaxia

Villela, E., Guil, A., & Lara, A. M. (5 de Abril de 2010). *Género, poder /saber: una cuestión de fondo en la profesión de la enfermmería*. Obtido o 7 de Abril de 2015, de VIII Congreso Iberoamericano de Ciéncia, Tecnología e Género: http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_G%C3%A9nero_Poder_Saber.pdf

vintageadbrowser.com. (1943). *www.vintageadbrowser.com*. Obtido de <http://www.vintageadbrowser.com/beauty-and-hygiene-ads-1940s/113>

Vivar, G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & C., G. (outubro de 2010). *Index de Enfermería v.19 n4*. Obtido o novembro de 2011, de La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011

Von, V. (1956). *El Hombre enfermo. Introducción a la Antropología Médica*. Barcelona: Luis Miracle

Waldow, V. (2013). *El cuidado integral del ser humano en Memorias del III Congreso Internacional y V Nacional de Enfermería en Cuidado Humano*. Venezuela: Universidad de Carabobo

Walker, L. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Desclee de Brouwer

Weber, A. (1935). *Historia de la Cultura* (9ª edición. 1968 ed.). México: FCE

wikiloc. (2013). *wikiloc.com*. Obtido de <http://es.wikiloc.com/wikiloc/imgServer.do?id=2925806>

wikimedia. (2012). <https://commons.wikimedia.org>. Obtido de https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Secundino_Garc%C3%ADa_Ramos_-_practicante-_O_Carril-25.jpg

Wiktionary.org. (s.d.). *Wiktionary.org*. Obtido de https://en.wiktionary.org/wiki/Chronos#/media/File:Ignaz_Guenther_Chronos_um1765-75-1.jpg

wisegeek.com. (2015). *images.wisegeek.com*. Obtido de <http://images.wisegeek.com/man-and-woman-on-couch-talking-to-therapist.jpg>

www1propaganda. (2011). *www.ww1propaganda.com*. Obtido de <http://www.ww1propaganda.com/ww1-poster/greatest-mother-world>

www.aytoalmeria.es. (2015). Obtido de www.aytoalmeria.es: <http://www.aytoalmeria.es/db/www.nsf/0/FD96791D5ACCC36CC1257E160049E1DE>

www.ebay.com. (1952). *ebay.com*. Obtido de <http://www.ebay.com/itm/Vintage-1952-Coca-Cola-Girl-Quality-You-Can-Trust-Magazine-Page-Coke->

www.eldiagnosticoenfermero.es. (30 de 09 de 2015). *eldiagnosticoenfermero*. Obtido de <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2015/09/30-anos-de-evidencia-cientifica-sobre.html>

Xornal da USC. (2016). *USC*. Obtido de http://xornal.usc.es/export/sites/default/xornal/acontece/imaxes/2016_04/160411Regueiro.jpg

Youtube.com. (2015). Obtido de Assassin's Creed Syndicate:
<https://www.youtube.com/watch?v=e8jHDK88-NM>

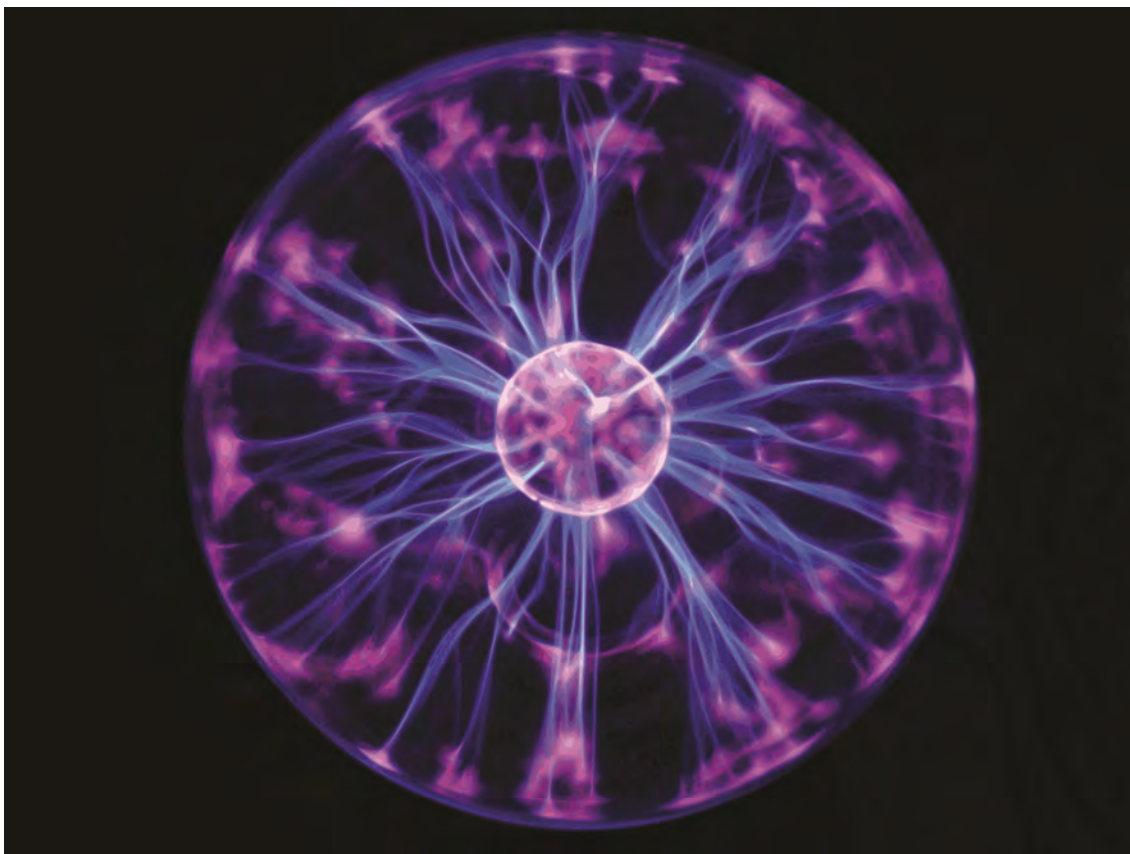
zazzle. (2015). www.zazzle.es/s/enfermera+tazas. Obtido de
<https://www.zazzle.es/s/enfermera+tazas>

7digital. (2014). www.7digital.com. Obtido de <https://www.7digital.com/artist/la-mode/release/lo-que-faltaba-1>





Anexos



Plasma de vidro (De química, 2016)

*Non debe avergoñarnos o tomar do pobo aquilo que poida ser
de utilidade para o arte de curar* (Hipócrates de Cos s.V-IV a. C)



[illegible]



Anexo II.

Informantes

- (Nº 1.Home.Informatico.44 anos) aap
(Nº2.Muller.Ama de casa.76 anos) uap
(Nº3.Muller.Ama de casa.72 anos) uap
(Nº4.Muller.Contable.33 anos) aap
(Nº5.Home.Carpinteiro xubilado.67anos) uap
(Nº6.Muller.Asistente de Domiciliaria.60 anos) uap
(Nº7.Home.Traballador fábrica de leite-xubilado.65 anos) uap
(Nº8.Muller.Ama de casa.58 anos) uap
(Nº9.Muller.Agricultora-xubilada.67 anos) uap
(Nº10.Muller.Ama de casa-Maestra.57anos) uap
(Nº11.Muller.Ama de casa.58 anos) aap
(Nº12.Home.Cociñeiro Xefe.33 anos) aap
(Nº13.Home.Profesor de BAC.35 anos) aap
(Nº14.Muller. Ama de casa.61anos) aap
(Nº15.Home.Conductor de vehículos.38 anos) aap
(Nº16.Muller.Prexubilada.54 anos) aap
(Nº17.Muller. Profesora de ESO.57anos) aap
(Nº18.Muller. Química.28 anos) aap
(Nº19.Home.Electricista.31anos) aap
(Nº20.Muller.Enfermeira.25 anos) pap
(Nº21.Muller.Enfermeira.27 anos) pap
(Nº22.Home.Enfermeiro.25 anos) pap

- (Nº23.Muller.Enfermeira.28 anos) pap
- (Nº24.Home.Enfermeiro.28 anos) pap
- (Nº25.Home.Enfermeiro.30 anos) pap
- (Nº26.Muller.Enfermeira.35 anos) pap
- (Nº27.Home.Enfermeiro.51anos) pap
- (Nº28.Home.Enfermeiro.57anos) pap
- (Nº29.Muller.Enfermeira.36 anos) pap
- (Nº30.Muller.Acompañante escolar-administración de autobuses.52 anos) aae
- (Nº31.Home.Economista.54 anos) uae
- (Nº32.Muller.Inxeñería.31anos) uae
- (Nº33.Home.Gardacivil.23 anos) uae
- (Nº34.Muller.Dependenta supermercado.54 anos) aae
- (Nº35.Home.Viaxante de empresa.37 anos) uae
- (Nº36.Home.Policia local.23 anos) aae
- (Nº37.Home.Profesor.32 anos) aae
- (Nº38.Home.Estudante.18 anos) aae
- (Nº39.Muller.Enfermeira.29 anos) pae
- (Nº40.Home.Enfermeiro.30 anos) pae
- (Nº41.Home.Enfermeiro.29 anos) pae
- (Nº42.Home.Enfermeiro.23 anos) pae
- (Nº43.Muller.Enfermeira.28 anos) pae
- (Nº44.Home.Enfermeiro.26 anos) pae
- (Nº45.Home.Enfermeiro.29 anos) pae
- (Nº46.Home.Enfermeiro.43 anos) pae
- (Nº47.Muller.Enfermeira.40 anos) pae
- (Nº48.Home.Empregado Hostelería.39 anos) aae

- (Nº49.Home.Estudante de dereito.32 anos) uae
- (Nº50.Muller.Empregada de fogar.35 anos) uae
- (Nº51.Muller.Empregada fábrica-xubilada.80 anos) aae
- (Nº52.Muller.Educadora.47anos) uae
- (Nº53.Muller.Tecnico Superior.55 anos)
- (Nº54.Muller.Profesora.41anos) uae
- (Nº55.Home.Cociñeiro.73 anos) uae
- (Nº56.Muller.Profesora ESO.39 anos) uae
- (Nº57.Muller.Cociñeira-xubilada.70 anos) uae
- (Nº58.Muller.Agricultura-xubilada.71 anos) uae
- (Nº59.Home.Agricultorgandeiro-xubilado.70 anos) uap/uae
- (Nº60.Home.Conductor ambulancias.43 anos) uae
- (Nº61.Muller.profesora.28anos) uae
- (Nº62.Muller.Administrativa.40anos) uae
- (Nº63.Home.Enxeñeiro.30 anos) uae
- (Nº64.Muller.Xubilada.54 anos) uae
- (Nº65.Home.Electricista.68 anos) uae
- (Nº66. Muller.Ama de casa.61anos) uae
- (Nº67.Home.Enfermeiro.53 anos) pae
- (Nº68.Home.Docente en Enfermaría.50 anos) eue
- (Nº69.Home.Sacerdote católico, Ilusionista.65 anos) uae
- (Nº70.Muller.Enfermeira.40 anos) pae
- (Nº71.Muller.Auxiliar de Enfermaría.35 anos) pae
- (Nº72.Muller.Enfermeira.37anos) pae
- (Nº73.Home.Médico.45 anos) pae
- (Nº 74 .Home.Enfermeiro.40 anos) pae

(Nº75.Home.Estudiante de enfermaría.19 anos)eue

(Nº76.Muller. Auxiliar de enfermaría - Estudiante de enfermaría.30 anos) pae

(Nº 77.Home.Enfermeiro.45 anos.) pae

(Nº78.Muller.Enfermeira.47anos) pae

(Nº 79.Muller.Enfermeira.55 anos) pap

(Nº 80.Muller.Enfermeira.60 anos) pae

(Nº 81.Home.Enfermeiro.40 anos) ae

(Nº 82.Muller.Enfermeira. 40 anos) pap

Notas sobre as abreviaturas empregadas:

Acompañantes de Atención Primaria; aap

Usuarios de Atención primaria; uap

Acompañantes de Atención especializada; aae

Usuarios de Atención Especializada; uae

Profesional de Atención Primaria; pap

Profesional de Atención a críticos; pac (061)

Profesional de Atención Especializada; pae

Profesional Escola Universitaria de Enfermería; eue

Alumno Egresado; ae

Anexo III.

¿DE QUEN É COMPETENCIA O PAPEL HIXIÉNICO EN RÉXIME HOSPITALARIO?

(Documento cedido ao investigador por Xosé Manuel Carballo Ferreiro, en 2014, para empregar neste estudo)

Despois de tres meses ingresado no agora chamado Hospital Xeral (naquel entón Residencia Sanitaria HH. Pedrosa Posada) dos que pasei dous e medio ben amarrado por unha perna de tras sen poder moverme da cama, saín coa convicción de que o medio máis eficaz naquela época, (o oitenta e catro), para obter un rolo de papel hixiénico era pedíndoo a través de Pastoral Sanitaria.

Explicareime remitíndome ó meu caso concreto, que, se cadra, non coincide con outros casos, pero para min ten gran valor probatorio.

Resulta que, certo día, aló polas sete da mañá, cando viñeron tomarme a temperatura díxenlle á ATS, (Asistente Técnica Sanitaria), que me facía falla papel hixiénico, porque se acabara o último rolo que me subministraran. Ela respondeume:

- "Eso es cosa de las chicas de la limpieza".

Normal. ¡Pampo de min! ¿De quen había ser cousa o papel hixiénico máis ca das chicas da limpeza?. ¿Ou para que outra cousa pode ser esa clase de papel, se non é para a limpeza?

Convenceume a resposta; pero, como aló nos meus adentros sentía que algo puxaba de xeito compulsivo por liberarse, saíndo para fóra polo conducto normal que a natureza consideraba conveniente desde tempo inmemorial, non podía sentir acougo por máis que a resposta me convencese.

Por iso, volví a pedirlo á RICE, (Responsable de Inxeccións Contra Embolias), que veu, coma tódalas mañás -á hora máis intempestiva, cando podía comezar a quedarme semisupito, rendido polo insomnio. (Perdón. Semisupito quere dicir: medio durmido; pero non me resulta doado liberarme da linguaxe ateigada de tecnicismos que os facultativos utilizaban malevolamente para desinformar.

Estaba dicindo que a esa hora intempestiva veu a RICE meterme unha especie de pequeno pulazo na barriga. Ese implacable pulazo cotián tivo a vantaxe de converterme en convencido obxector das corridas de touros, polo suplicio que deben supoñer para estes pobres animalíños os pulazos de ritual.

A RICE que me correspondeu aquel día era suave nas formas, pero firme nas conviccións, e o tal pulazo produciu unha brusca contractura do alto ventre que premeu con forza toda a masa intestinal cara o baixo ventre, o que agravaba aínda máis a miña indefensa situación. Esta ó pedirlle o devandito papel respondeu:

-Espere un momentíño a que acabe coas inxeccións, porque teño unha ringleira de xiringas preparadas, e despois tráíollo.

Intención de facelo, seguro que non lle faltaba; pero nisto caeron as oito, que é a hora sagrada do cambio de turnos, -en galego normativizado tería que dicir quendas en lugar de turnos, pero ¿de que serve a normativa se nos impide entendernos?- Xa fóra de turno, non debía ser ela quen me aprovisionase do papel hixiénico, por non interferir e, ademais, porque se por aí, ó usalo se producía unha infección da zona periférica anal, ou calquera tipo de rechazo, e eu, ou calquera no meu lugar, denunciaba o caso, ela non tería cobertura legal por estar oficialmente fóra de servicio, e, ó non estar afiliada a ningún sindicato, podería non ter o respaldo necesario para que a Administración se fixese, ou fose declarada, responsable subsidiaria.

Arredor das nove sentín que non andaba por lonxe a SDL, (Señora da Limpeza). Serían as nove e media cando foi chegando á miña habitación. A ATS falara de las cichas de la limpieza, pero esta chica xa non era, aínda que ela debía pensar que o seguía sendo; porque levaba unha minisaia que lle quedaba coma unha escopeta de caza a un San Francisco.

Ó sentila chegar, vin o ceo aberto e pensei que por fin podería producirse a apertura dos esfínteres que en calquera momento poderían relaxarse debido á prolongada sobrecarga a que estaban sendo sometidos e producir unha descarga sumamente vergoñenta para min no momento en que viñesen as FC, (Facedoras de Camas).

Amablemente, volví a implorarlle, disimulando a miña angustia, o nunca tan desexado papel.

Ela, tamén con moita amabilidade, interrompeu o "Ondiñas veñen" que, como oración matutina, cantaruxaba en son de salmodia, e contestoume:

-Tan presto acabe de pasarle la fregona a la planta ya se lo traio de contadito; pero aínda me queda todo el corredor del otro lado y lo que te rondaré morena.

Implorei devotamente que non se producise unha descarga intempestiva antes de que a SDL rematase de pasarlle a fregona ó corredor e ó "te rondaré morena".

Non sei cando rematou. Sei que pola a miña habitación non volveu a pasar. Tamén sei que non foi por mal, polo que me contou o veciño de habitación, de sobrenome o TTB, (Trescentos Trinta e dous B) que saíra fumar un cigarro medio clandestino ó descanso das escaleiras xerais, expoñendo, fachendoso e arrogante, á contemplación de cantos subisen ou baixase as súas esfracareñadas canelas, as súas chancletas de cor rosa pálido e o seu pixama rabeno de cor indefinido. Contoume que, cando a SDL acabou o seu traballo, atopouse alí mesmo diante del, cunha compañeira doutra planta á que lle

preguntou que número do cupón da ONCE saíra premiado a véspera, e, ante a resposta da outra non se lle ocorreu nada mellor ca exclamar:

- ¡Santo Dios! ¡Por dous números! ¡Nunca tanto me aproximei coma esta noite!

¡Boa a fixo! Enguedelláronse as dúas nunha trafulca a ver cal se aproximaba máis e ata chegou a dicirlle a outra que, se se aproximase tanto como dicía, non andaría o seu home atusmando a ver se atopaba a quen aproximarse por fóra da casa. Marcharon as dúas moi alporizadas.

E mentres, eu seguía impotente, sentindo aproximarse teimosamente á saída, o que por lei natural tiña que saír.

Aquel día non tomei nin un simple grolo de café ó desauno..., por se acaso.

A todo isto, aí polas dez corenta e cinco, cadroulle de pasar á TDTA, (Tomadora de Tensión Arterial). Todas as TDTAS gardaban con gran hermetismo o segredo da tensión que tiña cada paciente. Polo menos eu nunca din conseguido que me revelasen a que tiña. Unha vez pregunteille a unha por que non ma dicían se a tensión era miña. Ela respondeume que o tiñan prohibido, porque, aínda que a tensión fose miña, o aparato co que ma tomaban non era meu nin sequera delas, senón da colectividade. De maneira que, en canto me tomaban a tensión con aparatos colectivos, esa tensión, inicialmente miña, pasaba a ser un ben común.

A TDTA que me tocou aquel día, era unha moza bastante aberta de carácter e dos dous botóns superiores da blusa, co seu aquel de picardía na fala e nos movementos, que inspiraba certa confianza, (sen desconfianzas improcedentes),

Aínda que era máis nova ca min, eu trateina de vostede, quizabes cun respecto desmesurado como mecanismo de persuasión. Dirixinme a ela nestes termos:

-E..., aínda que ben sei que non cae directamente baixo as súas obrigas nin competencias, moito lle agradecería se me puidese facer cun pouco papel hixiénico. Non ten por que ser un rolo enteiro. Non. Conformaríame con metro e medio, máis ou menos, e sendo de dobre folla, ata calculo que podería amañarme cuns setenta centímetros, se rompe polos furadiños, que non rompe case nunca. Claro que, co tempo que levo agardando, o final pode ser imprevisible, por máis que eu me esforce en evitar un desenlace trágico.

Moi amable e con olliños de misericordia contestoume:

-Non te apures, José Manuel, que teño que acabar de tomar as tensións antes de que xiren visita os médicos; pero non tardo case nada.

Eu respondinlle con cara de moita circunspección:

-Apurar xa non me apuro; pero teño medo a soltarme, que os esfínteres deben ter unha resistencia limitada.

Parece que estaba por saír todo ó revés; pois aquel día os médicos xiraron visita a máis velocidade aínda da acostumada, debido a que tiñan moito interese en asistir a un simposio, que viña dar unha eminencia de Bruxelas, sobre a propulsión aceleratoria das consultas externas na Comunidade Económica Europea.

Como a xira dos médicos foi a tanta velocidade, a TDTA viuse envolta contra a súa vontade nun remuíño que a arrastrou lonxe da miña estancia e non puido cumprir a súa promesa.

Estiven por falarlle ó equipo médico do meu problema defecatorio e escatolóxico, pero contívenme, porque me parecía que podían interpretalo coma unha falla do respecto debido, por ousar ocupar o seu tempo e distraer a súa atención cunha cuestión tan vulgar, da que mesmo a xente ben educada se avergoña de falar.

A cuestión será vulgar, non digo que non, pero para a miña subxectividade e sensibilidade comezaba a ser case tan grave non poder facer de corpo aquel día coma quedar coxo para o resto dos meus días.

A iso da unha, veu o RAP, (Responsable de Asistencia Pastoral; ou sexa: o Capelán, D. Edelmiro), e ó seu saúdo agarimoso de: "Bos días, José Manuel ", contestei:

-¿E logo, o papel hixiénico está moi lonxe?


-Non, -respondeu-, está aí dúas portas máis adiante, segundo se vai á esquerda. ¿Faiche falta?

-¡Desde as seis da mañá!

Saíu do meu cuarto e nun abrir e cerrar de ollos volveu con dous rolos, un na man e outro debaixo do brazo.

Quedeille moi agradecido ó RAP, sen gardar rancor ós outros. E nunca me parei a comprobar se sería certo un rumor que escoitei en relación con todo isto. Oín que o Goberno estaba disposto a negociar coa Conferencia Episcopal cederlle a Pastoral Sanitaria a xestión do papel hixiénico e das manivelas de erguer e baixar os somieres nos hospitais públicos a cambio de desmontar a COPE.

Anexo IV . Protocolos I.Q.

	SERVIZO GALEGO de SAÚDE	Complexo Hospitalario Xeral Calde Lugo
Paciente: [REDACTED]	Data Nac: [REDACTED]	Sexo: Hombre
NHC: [REDACTED]	CIP: [REDACTED]	Réxime: PENSIONISTA AGRARIO C.PROPIA
Enderezo: [REDACTED]		NSS: [REDACTED]
		Teléfono: [REDACTED]

PROTOCOLO CIRÚRXICO

SERVIZO: CIRURXIA XERAL

DATA DE INICIO: 09/03/2016 **HORA DE INICIO:** 12:30
DATA DE REMATE: 09/03/2016 **HORA DE REMATE:** 13:15

CARÁCTER **Programada** ☒ **Urxente** ☐

Cirurxián/s Dra Torres, Dra Martínez, Dra Lopez

Anestesista/s Dra Raimundez

Instrumentista/s DUE

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

Fistula anal multirecidivada, compleja, marcada con seton

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

Fistula anal compleja, multirecidivada, marcada con seton con gran cavidad isquiorrectal secundaria

INTERVENCIÓN

Legrado exhaustivo de cavidad y trayecto, cierre del OI y drenaje de cavidad isquiorrectal

DESCRIPCIÓN DA INTERVENCIÓN

A. Raquidea

Posición decúbito prono

Hallazgos: Seton doble en trayecto principal curvo desde OI en línea media posterior hasta OE casi lateral D. OI muy amplio, al igual que el trayecto. Al comprimir sale por OI gran cantidad de material mucoide y restos fecaloideos. Desde OE se identifica gran cavidad isquiorrectal repleta de tej fungoide. Da la impresión de que OI tan amplio propicia entrada hacia trayecto de abundante material fecal que perpetúa cuadro séptico. Por este motivo se decide cierre del mismo y dejar drenaje en cavidad secundaria para mantener y hacer lavados

Técnica:

Se realiza legrado exhaustivo de la cavidad y del trayecto retirando gran cantidad de tej fungoide, parte del cual se envía a anatomía patológica. Lavado abundante con H2O2

Se reavivan bordes de OI y se cierra por planos comprobando con agua oxigenada desde OE que no existe fuga.

Se deja colocado en cavidad isquiorrectal el extremo multiperforado de drenaje de Jackson-Pratts fijado con seda para mantener y hacer lavados

Recuento correcto

Lugo, 9 de marzo de 2016

Asdo. Dr./a Ignacia Torres García



SERVIZO GALEGO de SAÚDE | **Complexo Hospitalario Xeral Calde Lugo**

Paciente:	[REDACTED]	Data Nac:	[REDACTED]	Sexo:	Mujer
NHC:	[REDACTED]	CIP:	[REDACTED]	Réxime:	PENSIONISTA AGRARIO C.PROPIA
Enderezo:	[REDACTED] - 27640 BECERREA (LUGO)			NSS:	[REDACTED]
				Teléfono:	[REDACTED]

PROTOCOLO CIRÚRXICO

SERVIZO: OFTALMOLOXIA

DATA DE INICIO:	19 / 02 / 2016	HORA DE INICIO:	10:30
DATA DE REMATE:	19 / 02 / 2016	HORA DE REMATE:	11:20
CARÁCTER	Programada <input checked="" type="checkbox"/>	Urxente	<input type="checkbox"/>

Cirurxán/s Dr Maiz Dr Rigueiro

Anestesista/s Dra Franco

Instrumentista/s [REDACTED]

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

perforacion ocular OI cornea espontanea

INTERVENCIÓN

Se intenta reponer camara con aire y reposicion de adhesivo. No siendo posible se decide escleroplastia autologa con exito. Sutura con nylon de 10/0. Iridectomia temporal superior. Reposicion de camara anterior con suero y aire. Se despegan sinequias anteriores. Sutura corneal con nylon de 10/0

DESCRICIÓN DA INTERVENCIÓN

COMENTARIOS:

Biopsia Intraoperatoria ☐

Lugo, 19 de febreiro de 2016

Asdo. Dr./a Jesús Rigueiro Veloso

AnexoV.

26. Anexo V. Letras de cancións

La enfermera de la noche. La Mode. 1982

yo pago mis impuestos,
y tu eres mi enfermera de noche,
yo pago mis impuestos,
y tu tienes lo que yo necesito,
yo pago mis impuestos,
y tu me cuidas como nadie lo haria,
yo pago mis impuestos,
y tu lo sabes sin ti me aburriria,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras a mi lado,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras a mi lado,
yo pago mis impuestos,
y tu eres mi enfermera de noche,
yo pago mis impuestos,
y tu sabes lo que ya no me gusta,
yo pago mis impuestos,
y tu eres mi hija incestuosa,
yo pago mis impuestos,
y tambien pago tus vicios y tus cosas,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras ami lado,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras ami lado,

.....

tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras ami lado,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras ami lado,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras ami lado,
tu eres mi enfermera de noche,
y siempre estaras ami lado.

Enfermera de mi corazón

Hallé la felicidad que tanto buscaba
por que has llegado tu a mi vida a curarme las penas
que me han dejado dos amores
yo no se si lo que quiera decirte
es el alma de mis pensamientos
lo que quiero expresarte
es que te llevo a ti dentro
y eres tu la enfermera de mi corazón
la que con un beso me llena de meré
hasta tum tum

...

la enfermerita que llegó a cambiar mi vida

https://www.youtube.com/watch?v=u39qoeyTnbE&feature=youtube_gdata_player

El tun tun de mi corazón

Gilberto Santa Rosa

Ven que te necesito.....
te necesito, te necesito...no quiero que tu te vayas
no quiero sentirme solo en la cama
te quiero hacer el amor quiero sentirme dentro de tu corazon
y tu bien sabe` que yo soy el hombre
que te quiere siiii
ven que te necesito, te necesito.....

esa cintura cuando se menea y yo estoy
dentro de ti me hace enloquecer
hablame en el oido dime cosas lindas dime papi siiii
arañame toda la espalda clavame las uñas
con toda pasion
quemame con tus geñidos que con tus murmulos derrites mi amor
yo te necesito... siiiii, te necesitoOo.....

esta cura que necesito solamente tu me la puedes dar
eres la medicina eres la enfermera de mi corazon
aprietame en tus senos y dame
EL TUN TUN DE MI CORZON
mojame con tus delicias mojame completo...
mojame de amor.....
yo te necesito siiiii, te necesito...

esa cintura cuando se menea y yo estoy
dentro de ti me hace enloquecer
hablame en el oido dime cosas lindas dime papi siiii
arañame toda la espalda clavame las uñas
con toda pasion
quemame con tus geñidos que con tus murmulos derrites mi amor
yo te necesito... siiiii, te necesitoOo.....

cuando me aprietas en tus senos
yo siento el tun tun tun de tu corazon
(bis-varias veces)

<http://www.musica.com/letras.asp?letra=1519754>

Linda enfermera

Autor: Walter León compositor de Cumbia peruana, creador del grupo musical “Los ilusionistas”

Interpretación por Orquesta el Supercombo

Año 2011

Letra

Cuando en la calle siempre te veo
linda enfermera toda de blanco
siento que mi vida se va enfermando
por un beso tuyo no se que hace
angel que cuidas vidas y amores
sabes que tu eres la flor que quiero
siento que mi vida se va enfermando
por un beso tuyo no se que hacer
enfermera no me hagas sufrir
enfermera no me hagas llorar
curamé la pena del corazón
enfermera dame de tu amor
enfermera no me hagas sufrir
enfermera no me hagas llorar
curamé la pena del corazón
enfermera dame de tu amor.

<http://www.musica.com/letras.asp?letra=1894508>

Enfermera

Marco Tulio Aicardi Rivera, conocido artísticamente como Rodolfo Aicardi

Colombia

Los hispanos

Que Chévere Vol. 4 - 1982

Enfermera enfermera, tu que cuidas del paciente
porque ignoras tus cuidados, a este corazón doliente

Tu que le das el consuelo, a quien sufre enfermedad
dale consuelo a mi alma, que sufre de soledad
Tu que das las medicinas, para calmar el dolor
yo dejaré de sufrir, cuando tu me des tu amor.

Enfermera enfermera, tu que cuidas del paciente
porque ignoras tus cuidados a este corazón doliente

Enfermera, dulce y buena, ven y calma, ¡¡Ya mis penas!!

Enfermera enfermera, tu que cuidas del paciente
porque ignoras tus cuidados a este corazón doliente

Tu vida de sacrificio, yo la quisiera engozar
cantando del son de amores, que me ha sabido olvidar
bien linda debes pasar, luciendo blanco uniforme
cuando es que vas a alegrar, la vida de este inconforme.

Enfermera enfermera, tu que cuidas del paciente
porque ignoras tus cuidados a este corazón doliente.

Enfermera, dulce y buena, ven y calma, ¡¡Ya mis penas!!

Himno enfermero dedicado a tódos los de la profesión

Letra de autor anónimo

Música: Soy minero de Antonio Molina

Yo no maldigo mi suerte
Porque enfermero nací
Si me llaman ATS
A hostias le pongo a parir
No me da envidia el dinero
Porque de orgullo me llena
Ser el mejor enfermero
De toa' la sala de urgencias
De toa' la sala de urgencias
Llego a la sala cantando
Mientras pongo una sonda
El médico se queda mirando
Viendo al enfermero trabajar
Y cuando siento una pena
Lanzo al cielo mi cantar:
Soy enfermero,
Y temple mi corazón pinchando las venas,
Soy enfermero,
Y poniendo sondas y vías me quito las penas
Soy enfermero porque a mi nada me espanta
Y solo quiero el sonido deeeeeeeeeeeeeeeeeeee!!!
Mi ambulancia!!
Compañero, tu valora y diagnostica
Mientras
Termino
Que al compás del suero quiero
Repetirle al mundo entero
¡YO! ¡SOY ENFERMERO!

SaraLuna – Melendi Album: Un alumno más

Ano: 2014. Editado por : Warner Music Spain

Eran como dos gotas de agua
Fueron separadas al nacer
Luna creció siendo millonaria
Sara no tenía ni pa' comer
Luna siempre a colegios de pago
Mientras Sara pronto tuvo que ejercer
Y mientras una limpia lavabos
La otra compra bolsos de Chanel
Sara con grandes esfuerzos
Conseguí a duras penas cursar una enfermmería
Mientras Luna y sus excesos
Acababa con sus huesos siempre en la comisaria

Que caprichoso el destino
Luna tuvo un accidente
Y acabó en el hospital
Donde Sara hacía unos días
Que empezaba a trabajar
Cuando de repente Sara
Que empujaba la camilla
Se dio cuenta que era igual
Que aquella ensangrentada niña
La llevo hasta el quirófano
Pero no pudo pasar
Y llorando nada más salir
Se puso a investigar

Efectivamente, eran hermanas
La madre de Luna confirmó
Que el día que fueron a buscarla
Tuvieron que elegir entre dos
Luna está muy grave y necesita
Urgentemente un trasplante de corazón
Cuando Sara supo la noticia
Algo en su cabeza se rompió

Sara está sola en su casa
Mientras piensa en el vacío
Que siempre había sentido
Y aunque no la conocía
Empezó a escribir la carta
Que encontró la policía:

"Para mi hermana querida
Aunque pienses que estoy loca
Yo sí me acuerdo de ti
Desde el vientre de mamá
No pude estar más junto a ti
Si estás leyendo esta carta
Es que todo salió bien
Y después de tanto tiempo
Estamos juntas otra vez
Cuídanos hermanita
Yo siempre quise morir
Cuando fuera viejita
Igual que nací junto a ti"

Saraluna, Saraluna, Saraluna
Saraluna, Saraluna, Saraluna...

Luna ya se está recuperando
Sus padres deciden que ya es
La hora de contarle quién le ha dado
Lo que late dentro de su piel
Pero no encuentran bien las palabras
Se miran el uno al otro con temor
Deciden entregarle la carta
Que antes de morir Sara escribió
Pero cuál fue sorpresa
Cuando Luna dice:
"No hace falta que me contéis nada
Porque sobran las palabras
Sé que el corazón me lo ha dado...
Mi hermana Sara"

La enfermera C en el pais de la letras

<http://aulainfantil-rocio.blogspot.com.es/2012/04/la-enfermera-c.html>



La enfermera C



El príncipe e y la princesa i
no se pueden estar quietos,
sus padres les castigaron sin salir
porque fueron muy traviesos.
Los reyes muy tristes, buscan sin cesar
alguien que cuide a los niños,
que les lleve a jugar y a pasear
y les trate con cariño.
La enfermera c a los príncipes cuidó,
se portaron bien y rieron un montón.
En el campo ricas cerezas cogerán,
a cenar y al cine con la enfermera c irán
porque la enfermera c es genial.





www.youtube.com/watch?v=zg2OhaXdjjw

